Återansökan ekonomiskt bistånd

طلب الحصول على المساعدة المالية

|  |
| --- |
| جميع الحقول يجب أن تكون مُعبئة حتى تكون الإستمارة كاملة . إذا لم يكن لديكم دخل على سبيل المثال يجب أن تكون جميع الحقول معبئة بــــ 0 كرونة .المتزوجين و الأشخاص المقيمين مع آخرين لديهم التزامات النفقة المتبادلة و يجب عليهم التقدم للحصول على المساعدة المالية بشكل مشترك. ولذلك يتم توفير المعلومات المتعلقة بكل منهما في الإستمارة .سوف يتم تسجيل المعلومات الشخصية المقدمة في هذه الإستمارة في نظام البيانات الخاص بالخدمات الإجتماعية و تستخدم في التحقيق بحقك في الحصول على المساعدة المالية .إذا كنت تريد معلومات حول كيفية استخدام معلوماتك الشخصية يمكنك التواصل بالخدمات الاجتماعية . |
| Ansökan avser månad:الطلب يشير إلى شهر  | Handläggare: المسؤول  |
| Personuppgifter sökande المعلومات الشخصية للمتقدم  |
| Förnamn الإسم  | Efternamnالكنية  | Personnummerالرقم الشخصي  |
| Adressالعنوان  | Postnummerالرمز البريدي | Ort/postadress المنطقة |
| Telefon الهاتف | Epost الإيميل |
| Medsökande finns? هل يوجد متقدم ثاني للطلب ؟  |
|  Ja نعم  |  Nej لا  |
| Förnamn الإسم | Efternamn الكنية | Personnummer الرقم الشخصي |
| Har det skett några förändringar sedan din senaste ansökan?هل حدثت أي تغييرات منذ آخر طلب تقدمتَ به ؟ |
| Har din situation förändrats på ett sätt som kan påverka din/er rätt till försörjningsstöd (ex. ändrade familjeförhållanden eller flytt)? هل تغيير وضعك بطريقة قد تؤثر على استحقاقك لمساعدة الإعالة ( على سبيل المثال : تغييرات في العلاقة الأسرية أو الإنتقال ) ؟  |
|  Ja نعم  |  Nej لا  |
| Ange vad: أخبرنا ماذا :  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ansökan avser الطلب يشير إلى  |  |
| Kostnader التكاليف | Förfallodatum تاريخ التسديد  | Kronor كرونة  |
| Boendekostnad تكاليف السكن  |  |  |
| El الكهرباء  |  |  |
| Fackföreningsavgift رسوم الإتحاد النقابي  |  |  |
| Arbetes/planeringsresor تكاليف رحلات العمل  |  |  |
| Barnomsorg رعاية الأطفال  |  |  |
| Hemförsäkring تأمين السكن  |  |  |
| Hyresgästförening اتحادات المستأجرين  |  |  |
| Bredband الإنترنيت  |  |  |
| A-kassa صندوق البطالة عن العمل  |  |  |
| Läkarvård (inom högkostnadsskydd) الرعاية الطبية  |  |
| Avser vem i hushållet? إلى من تشير في نفقة العائلة ؟ | Datum التاريخ | Kronor كرونة  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Medicin (inom högkostnadsskydd) الدواء |
| Avser vem i hushållet? إلى من تشير في نفقة العائلة ؟ | Datum التاريخ | Kronor كرونة  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Övrigt, ange vad أشياء أُخرى ، أخبرنا ماذا  | Kronor كرونة  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| Inkomster (Sökande) دخل ( المتقدم بالطلب ) |
| Inkomster för sökande de tre senaste månaderna från idag دخل المتقدم بالطلب في آخر ثلاثة أشهر اعتباراً من اليوم |
| Typ av inkomstنوع الدخل | **Belopp och utbetalningsdag**المبلغ و موعد الدفع | **Belopp och utbetalningsdag****المبلغ و موعد الدفع** | **Belopp och utbetalningsdag****المبلغ و موعد الدفع** |
| Lön efter skatt الراتب بعد الضريبة |  |  |  |
| Bostadsbidrag مساعدة السكن  |  |  |  |
| Barnbidrag نقدية (مساعدة ) الأطفال  |  |  |  |
| Underhållsstöd نفقة الزوجة / الزوج  |  |  |  |
| Aktivitetsstöd راتب دعم الأنشطة  |  |  |  |
| Aktivitetsersättning تعويض الأنشطة |  |  |  |
| Sjukersättning تعويض المرض  |  |  |  |
| Sjukpenning النقدية المرضية  |  |  |  |
| Studiebidrag CSN المساعدة الدراسية  |  |  |  |
| Pension التقاعد |  |  |  |
| A-kassa صندوق دعم البطالة |  |  |  |
| ALFA-kassa صندوق دعم البطالة |  |  |  |
| Föräldrapenning نقدية الوالدين  |  |  |  |
| Etableringsersättning تعويض الترسيخ  |  |  |  |
| Studielån CSN القرض الدراسي |  |  |  |
| Vårdbidrag بدل الرعاية  |  |  |  |
| Efterlevandestöd مساعدة الباقين على قيد الحياة من أفراد العائلة  |  |  |  |
| Barnpension تقاعد الطفل  |  |  |  |
| Äldreförsörjningsstöd دعم الإعالة لكبار السن  |  |  |  |
| Bostadstillägg مساعدة الأطفال خلال فترة التلاسيخ |  |  |  |
| Skatteåterbäring فائض الضريبة |  |  |  |
| Insättningar/överföringar,t. ex. Swish التحويلات المالية  |  |  |  |
| Övriga inkomster دخولات أُخرى  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Inkomster (Medsökande) دخل ( المتقدم الثاني بالطلب ) |  |
| Inkomster för sökande de tre senaste månaderna från idag دخل المتقدم بالطلب في آخر ثلاثة أشهر اعتباراً من اليوم |  |
| Typ av inkomstنوع الدخل | **Belopp och utbetalningsdag**المبلغ و موعد الدفع | **Belopp och utbetalningsdag****المبلغ و موعد الدفع** | **Belopp och utbetalningsdag****المبلغ و موعد الدفع** |
| Lön efter skatt الراتب بعد الضريبة |  |  |  |
| Bostadsbidrag مساعدة السكن  |  |  |  |
| Barnbidrag نقدية (مساعدة ) الأطفال  |  |  |  |
| Underhållsstöd نفقة الزوجة / الزوج  |  |  |  |
| Aktivitetsstöd راتب دعم الأنشطة  |  |  |  |
| Aktivitetsersättning تعويض الأنشطة |  |  |  |
| Sjukersättning تعويض المرض  |  |  |  |
| Sjukpenning النقدية المرضية  |  |  |  |
| Studiebidrag CSN المساعدة الدراسية  |  |  |  |
| Pension التقاعد |  |  |  |
| A-kassa صندوق دعم البطالة |  |  |  |
| ALFA-kassa صندوق دعم البطالة |  |  |  |
| Föräldrapenning نقدية الوالدين  |  |  |  |
| Etableringsersättning تعويض الترسيخ  |  |  |  |
| Studielån CSN القرض الدراسي |  |  |  |
| Vårdbidrag بدل الرعاية  |  |  |  |
| Efterlevandestöd مساعدة الباقين على قيد الحياة من أفراد العائلة  |  |  |  |
| Barnpension تقاعد الطفل  |  |  |  |
| Äldreförsörjningsstöd دعم الإعالة لكبار السن  |  |  |  |
| Bostadstillägg مساعدة الأطفال خلال فترة التلاسيخ |  |  |  |
| Skatteåterbäring فائض الضريبة |  |  |  |
| Insättningar/överföringar,t. ex. Swish التحويلات المالية  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Försörjningsstöd från annan kommun دعم الإعالة من بلدية أُخرى  |
|  Ja نعم  |  Nej لا  |
| Om Ja: Beräkningsperiod إذا كانت الإجابة نعم : الفترة المحسوبة  |
| Från: اعتباراً من  | Till: إلى  |
| Eventuella upplysningar du/ni vill lämna **معلومات حالية تريد تسليمها** |
|    |
| طلب موافقة أنا أوافق على أن يتم الإتصال بالأطراف المهتمة فيما يتعلق بالنفقات التي تقدمت بطلبها حتى يتم التحقيق في طلبي .أنا أوافق أيضاً على أن جميع الدخل الذي أحصل عليه من السلطات الأخرى و أًصحاب العمل يمكن أن تُأخذ بعين الإعتبار في الحسابات إذا لم يتم ذكرها في الطلب .  |
| حدد ما إذا كنت تريد إعطاء الموافقة على أن قسم دعم الإعالة يمكنه التواصل بأنشطتك الأُخرى ، على سبيل المثال قسم آخر من أقسام الخدمات الاجتماعية ، مكتب العمل أو أقسام مشابهة .يمكنك في أي سحب الموافقة .  |
| **Ange undantag från samtycke حدد استثناء للموافقة**  |
|   |
| أنا أؤكد أن جميع المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة . أنا أعد أن أُبلغ على الفور الخدمات الاجتماعية – قسم دعم الإعالة إذا حدث أي تغيير في المعلومات . أنا على إدراك حول عقوبة تقديم معلومات غير صحيحة و أن ذلك قد يؤدي إلى تقديم بلاغ للشرطة إذا كان هناك اشتباه بجريمة المساعدات و أيضاً اعُتبر مدان بتسديد المساعدات المالية التي تم دفعُها على أساس معلومات غير صحيحة أو كاملة. |
| Datum: التاريخ  |
| Underskrift sökande توقيع المتقدم بالطلب  | Underskrift medsökande توقيع المتقدم الثاني بالطلب  |
|  |  |