

**Blankett:** Inkomskförfrågan**Framtagen av:** Avgiftsgruppen**Faktaägare:** Avdelningschef staben**Dokument ID:** 0610**Version:** 01**Reviderad:** 2024-11-12**Gäller från och med:** 2024-01-01**Sida:** 1 av 4**Hässleholms kommun / Omsorgsförvaltningen****Postadress:** , 281 80 Hässleholm **Besöksadress:** Löjtnant Granlunds väg 14 **Telefon:** 0451-26 70 00 **Telefax:** 0451-814 06 **E-post:** kontakt-center@hassleholm.se **Org. nr:** 212000-0985 **Webb:** hassleholm.se

## Inkomstförfrågan

Omsorgsförvaltningen behöver dina/era uppgifter om inkomster mm för att kunna beräkna rätt avgift.

Det är viktigt att du/ni meddelar omsorgsförvaltningen så snart uppgifterna förändras.

## Personuppgifter

Personuppgifter registreras och behandlas enligt bestämmelserna i dataskyddsförordningen (GDPR).

Vi behöver medsökandes uppgifter oavsett om vederbörande har insatser eller ej. Med medsökande avses make/maka/registrerad partner/sambo. Makars/registrerade partners inkomster och utgifter räknas samman och delas. När det gäller sambor är det endast bostadskostnaden som delas.

<b>Sökanden</b>	Personnummer	Namn
<b>Medsökanden</b>	Personnummer	Namn
<b>Övriga personer</b>	Personnummer	Namn

 Ensamstående Sambo Gift/registrerad partner

Genom att skicka in ifylld blankett tillsammans med kopia av din senaste inkomstdeklaration med specifikation samtycker du/ni samtidigt till att omsorgsförvaltningen får inhämta uppgifter om dina/era inkomster och din/er bostadskostnad från Pensionsmyndigheten/Försäkringskassan/Skatteverket och kommunens fastighetsregister.

Om du/ni avstår från att lämna uppgifter om inkomster och bostadskostnad innebär detta att du/ni får betala högsta avgift enligt taxa för de insatser som du/ni erhåller.

**INKOMSTER innevarande år, kr/månad före skatt**

	<b>Sökande</b> Aktuell uppgift efter skatt	<b>Medsökande</b> Aktuell uppgift efter skatt
Pensioner från Pensionsmyndigheten behöver ej anges, hämtas av Omsorgsförvaltningen		
Övrig pension/tjänstepension		
Övrig pension/privat pensionsförsäkring		
Övriga ej skattepliktiga pensioner		
Sjukersättning		
Aktivitetsersättning		
Inkomst av lön		
Utlandspension Beskattas: __i Sverige, __utomlands, __ej skattepliktig		
<b>Inkomst av näringsverksamhet, kronor/år före skatt</b>		
Aktiv näringsverksamhet		
Passiv näringsverksamhet		
<b>Inkomst av kapital</b> Ange inkomst av kapital per den 31 december föregående år. Om inget uppges kommer senaste kända taxeringsuppgift att räknas. Schablonintäkter ska inte uppges		
Ränteinkomster, utdelningar		
Kapitalvinst		
Kapitalförlust		
Inkomst av uthyrning av privatbostad		

## BOSTADSUPPGIFTER, hyres- eller bostadsrätt

Bifoga kopia av hyres-/avgiftsavi. Parkering och garage ska inte medräknas som hyra/avgift.

Hyresrätt, hyra/månad (hyra för särskilt boende ska <b>ej</b> anges):		
Bostadsrätt, avgift/månad:		
Räntekostnader för bostadslån föregående år:		
Uppvärmning ingår:	Ja	Nej
- Om Nej, ange bostadsyta, kvm:		

## BOSTADSUPPGIFTER, egen fastighet (permanent bostad)

Fastighetsbeteckning:
Räntekostnader för bostadslån föregående år:

Du/ni ansöker om bostadstillägg/bostadsbidrag/boendetillägg hos:

Pensionsmyndigheten om du är 65 år eller äldre, tel 0771-776 776, [www.pensionsmyndigheten.se](http://www.pensionsmyndigheten.se)

Försäkringskassan om du är 64 år eller yngre, tel 0771-524 524, [www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)

## Kostnad för god man som betalas av den enskilde

Kostnader för god man som du själv ska erlägga godtages som utgift om kostnaden per månad uppgår till minst 5% av minimibeloppet för ensamstående. Bifoga registerutdrag om ställföreträdarskap. Du som har handikappersättning ska bifoga beslutet om ersättning inklusive bilaga. Vi behöver uppgift om du kompenseras för kostnaderna för god man genom handikappersättningen.

Totalsumma föregående år:
---------------------------

## POSTMOTTAGARE, får agera för min räkning

Ange om avgiftsbeslut eller faktura ska skickas till annan person än dig själv		
	Avgiftsbeslut	Faktura
Relation	__ Anhörig __ God man __ Annan	__ Anhörig __ God man __ Annan
Namn		
Adress		
Postadress		
Telefon		

## Autogiro och/eller samlingsfaktura

Önskar autogiroblankett, har idag ej autogiro	
Vi i hushållet önskar samfaktureras, har idag ej samlingsfaktura	

## Övriga upplysningar

---

---

## Underskrift

Jag/vi försäkrar härmed att lämnade uppgifter är fullständiga och korrekta.

Jag/vi är medvetna om att ändrade förhållanden som kan påverka avgiften måste meddelas.

\_\_\_\_\_  
Sökandes namnteckning

\_\_\_\_\_  
Behjälplig vid ifyllandet, namnteckning

\_\_\_\_\_  
Medsökandes namnteckning

\_\_\_\_\_  
Behjälplig vid ifyllandet, namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Behjälplig vid ifyllandet, telefonnummer

Blanketten insändes tillsammans med kopia på årets inkomstdeklaration med specifikation till Hässleholms kommun

Omsorgsförvaltningen/avgiftsgruppen  
281 80 HÄSSLEHOLM