

Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje

Till:

Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje
Box 801
761 28 Norrtälje

Ansökan om jämkning (nedsättning) av avgift

Namn:	Personnummer:
Adress:	Telefonnummer:
Ev. make/maka/sammanboendes namn och adress:	Telefonnummer:
Ev. kontaktperson, namn och adress:	Telefonnummer:

Anledning till ansökan:

(ex. dubbla bostadskostnader, ange då för vilken tid samt båda bostadskostnaderna. För dubbla bostadskostnader beviljas jämkning under max tre månader). I det fall den enskilde, vid inflyttningen i särskilt boende, äger tillgångar i form av bostadsrätt, fastighet, kontanter, bankmedel eller värdepapper till värde överstigande 1,5 basbelopp medges ej jämkning).

Underlag som ska bifogas är övriga inkomster boendekostnader, kopia på hyresavier för den aktuella perioden, kontoutdrag samt kopia på föregående års deklARATION.

Ansökan ska vara inkommen senast tre månader efter inflyttningsdag

Var god vänd →

Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje

INKOMSTER

(brutto)

Vårdtagare /

Make/maka/sambo

Pension från
Pensionsmyndigheten/mån

Övriga pensioner:/mån

Förvärvsinkomst/mån

Övriga inkomster/mån

Inkomst av kapital/år

Bostadstillägg/mån

TILLGÅNGAR

Vårdtagare

Make/maka/sambo

Bankmedel

Aktier, obligationer, fonder,
reverser

Övrigt

Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje

BOENDEKOSTNAD

Ordinärt boende:

Hyrd bostad kr/mån: _____

Hyra särskilt boende/mån _____

Jag försäkrar att uppgifterna är fullständiga och sanningsenliga:

.....
(Datum)

.....
(Namnteckning)

Vid frågor kontakta
Avgiftshandläggare 0176-712 22
E:mail: avgifter@norrtalje.se