



**NORBERGS  
KOMMUN**

**Inkomstförfrågan  
För beräkning av avgifter inom vård och omsorg**

För att ni skall få er avgift rätt uträknad ber vi er att fylla i ovanstående uppgifter och sända dem till:  
Norbergs kommun  
Socialkontoret  
Avgiftshandläggare  
Box 25, 738 21 Norberg  
Vid ej ifylld blankett kommer vi att debitera högsta avgiften för den nivå som är beviljad.

**PERSONUPPGIFTER**

.....  
Namn  
.....  
Personnummer  
.....  
Adress  
.....  
Telefonnummer  
.....  
Civilstånd (gift, sambo, änka/änkling, ensamstående)  
.....  
Personnummer för medsökande

**INKOMSTER**

Inkomstpension **OBS! Ifylles ej.** Uppgifterna hämtas automatiskt  
Premiepension **OBS! Ifylles ej.** Uppgifterna hämtas automatiskt  
Tilläggs pension **OBS! Ifylles ej.** Uppgifterna hämtas automatiskt

**Övriga pensions- och inkomster före skatt**

	<u>Sökande</u>	<u>Medsökande</u>
SPP/ALECTA/AMF pension	Kr/mån .....	.....
Privat pensionsförsäkring	Kr/mån .....	.....
Övriga pensioner	Kr/mån .....	.....
KPA-pension	Kr/mån .....	.....
Lön (inkomst av tjänst) eller sjukpenning	Kr/mån .....	.....
Ej skattepliktiga inkomster (t.ex. utländsk pension)	Kr/mån .....	.....

## Bostadskostnad

Villa

Kronor per helår

Kontanthyra om någon annan än Du äger villan: .....

Låneräntor för villan minus ev. räntebidrag: .....

Värmekostnader vid eldning med olja, ved, pellets, fjärrvärme e.dyl: .....

Elkostnader vid uppvärmning baserad på el, ackumulator, värmepump: .....  
(Hushållsel får vara inräknad)

Vattenkostnader: .....

Sophämtning: .....

Försäkring- den del av kostnaderna som ej avser inventarier och lösöre (framgår av försäkringsbrevet) .....

Fastighetsskatt: .....

Annan kostnad (ex. sotning, slamtömning etc): .....

## Lägenhet/särskilt boende

Hyra kronor per månad ..... Kvadratmeter .....

Värme ingår  Ingår ej  Kostnad per månad .....

## ÖVRIGT

Bostadsbidrag från Försäkringskassan: Nej  Ja  Belopp: .....

God man: Nej  Ja  Belopp: ..... Kommunen betalar

## ANNAN MOTTAGARE AV AVGIFTSBESLUT OCH RÄKNING

Förvaltare  God Man  Anhörig  Annat

Namn: ..... Telefon: .....

Adress: .....

## FÖRSÄKRAN OCH UNDERSKRIFT

Jag försäkrar att fullständiga och sanningsenliga uppgifter har lämnats

Underskrift: .....

Behjälplig vid ifyllandet: .....Datum: .....

