



Kinda kommun
VON avgiftshandläggare
Box 1
590 40 KISA

Inkomstförfrågan för beräkning av avgift för vård, omsorg och service

Om inte inkomstuppgift insändes kommer beräkning av avgift att grundas på reglerna om maxtaxa för hemtjänst, trygghetslarm, hemsjukvård och omsorgsavgift på särskilt boende/korttidsplats.

På denna blankett anges personuppgifter, aktuella inkomster och boendekostnader samt eventuellt fördyrade levnadskostnader. Förändrade förhållanden under året ska anmälas löpande till avgiftshandläggare.	
Efternamn och förnamn	Personnummer
Adress	
Make / maka / sambos namn	Personnummer

<input type="checkbox"/> Jag/vi avstår från att lämna uppgifter Jag/vi avstår från att lämna inkomstuppgifter och uppgifter om boendekostnader. Jag förstår att jag därmed får betala högsta avgiften enligt reglerna om maxtaxa för hemtjänst, trygghetslarm, hemsjukvård och omsorgsavgift på särskilt boende/korttidsplats. Om jag ändrar mig under året och vill ha min avgift inkomstprövad, fyller jag i och lämnar in en ny inkomstförfrågan.	
Ort och datum	
Namnteckning sökande	Namnteckning medsökande
Jag har hjälpt till att fylla i blanketten:	
Namn, relation och namnteckning	Telefon dagtid

Information om behandling av personuppgifter

Dina personuppgifter kommer att registreras, behandlas och hanteras i kommunens datasystem med stöd och krav av gällande lagstiftning för verksamheter inom socialtjänst respektive hälso och sjukvård. Verksamheterna omfattas av sekretess och tystnadsplikt. Det betyder att uppgifter inte lämnas ut till en tredje part om stöd saknas. Uppgifterna hanteras även enligt dataskyddsförordningens (GDPR- General Data Protection Regulation) krav och uppgifterna samlas in med den rättsliga grunden Rättslig förpliktelse. Du har rätt att ta del av dina personuppgifter, begära rättelse, begränsa behandlingen och inkomma med synpunkter. Om du anser att en uppgift är felaktig kontakta oss. Uppgifterna kommer endast att behandlas i enlighet med de syften som dessa samlats in för. Uppgifterna finns sparade så länge insatser pågår. Därefter kommer uppgifterna att bevaras enligt gällande lagkrav t.ex. arkivlagen, socialtjänstlagen m.m. Vård och omsorgsnämnden är personuppgiftsansvarig.

1. Inkomster

OBS! Pensioner och ersättningar från försäkringskassan och pensionsmyndigheten behöver inte uppges. Uppgifterna hämtar kommunen när den här blanketten kommer in till kommunen med underskrift.

Inkomst före skatt/månad	Egen inkomst	Maka / make / sambo
KPA		
SPV		
Alecta/AMF		
Privata pensionsförsäkringar		
Inkomst av tjänst/näringsverksamhet		

2. Inkomst av kapital/ränteinkomst (före skatt)

	Egen inkomst	Make / maka / sambo
Ränteinkomster på bankmedel per 31/12		
Utdelning av aktier/ obligationer/ fonder föregående år		

3. Boendekostnad

Hyra, kronor/månad för hyresrättsbostad	
Eget hus eller bostadsrätt	
Taxeringsvärde: _____ kr	Byggår: _____
Bostadsyta: _____ kvm	
Fastighetsbeteckning: _____	
(Vi beräknar driftskostnader enligt Försäkringskassans schablonbelopp baserat på kvadratmeter)	
Lån på eget hus eller bostadsrätt: ange de aktuella ränteutgifterna under året	
Sökande:	Make / maka / sambo
Ränteutgift/år: _____ kr	Ränteutgift/år: _____ kr

4. Merkostnader (Här kan du kan ansöka om höjt förbehållsbelopp för ökade levnadskostnader som är varaktiga. Ex kostnader för god man, minderåriga barn/underhållsskyldighet)

Ange belopp/månad, avgiftshandläggare kan komma att begära in kvitto

Annan postmottagare av räkning och beslut	
Jag vill att fakturor och beslut från vård och omsorgsnämnden ska skickas till nedanstående person istället för till mig.	
Adressen läggs som en c/o-adress.	
Meddela avgiftshandläggare om det blir någon förändring.	
Om räkning/avgiftsbeslut ska gå till annan mottagare ska kopia av fullmakt från t ex bank lämnas in.	
Postmottagarens efternamn, förnamn	Relation
Adress till postmottagaren:	
Telefon dagtid / Övriga upplysningar	

SAMTYCKE OCH FÖRSÄKRAN

Jag försäkrar att de lämnade uppgifterna är kompletta och korrekta.	
Jag är medveten om att jag är skyldig att meddela ändrade förhållanden som kan påverka mina avgifter.	
Jag lämnar samtycke till att de lämnade uppgifterna dataregistreras enligt dataskyddsförordningens (GDPR) krav. Dataregistret används för administration inom vård och omsorgsnämnden.	
Jag samtycker även till att kommunen inhämtar inkomstuppgifter från andra myndigheter.	
Ort och datum	
Namnteckning sökande	Namnteckning medsökande
Jag har hjälpt till att fylla i blanketten:	
Namn, relation och namnteckning	Telefon dagtid

Har du frågor eller behöver hjälp att fylla i blanketten, är du välkommen att kontakta avgiftshandläggare på telefonnummer 0494 - 192 47.

Övrigt: