

ANSÖKAN OM LUCIAMEDEL

Sökandes namn: _____ Yrke: _____

Adress: _____

Födelseår: _____ Telefon: _____

Mobil: _____

Gift Ensamstående

Sambo Ensamförsörjare

Antal barn: _____

Ålder: _____

(per månad)

FAMILJENS NETTOINKOMSTER

Person 1

Person 2

	Person 1	Person 2
Förvärvsinkomster		
Sjukförsäkringens dagpenning		
Pensioner		
Bostadsbidrag		
Övriga inkomster och bidrag		
INKOMSTER SAMMANLAGT		

(per månad)

FAMILJENS UTGIFTER

Person 1

Person 2

	Person 1	Person 2
Mat och andra förnödenheter		
Hyra		
Elektricitet		
Värme		
Vatten		
Sjukvårdskostnader		
Dagvårdskostnader		
Försäkringar		
Lån, räntor amorteringar		
Övriga fasta kostnader		
Tillfälliga kostnader		
UTGIFTER SAMMANLAGT		

SAMMANSTÄLLNING TOTALT FÖR HUSHÄLLET

Inkomster

Utgifter

Resultat per månad
