



ANSÖKAN OM BISTÅND JULEN 2024 Frälsningsarmén Alingsås

Läs här först:

För mantalsskrivna i Alingsås kommun.

Är du inte mantalsskriven i Alingsås kommun vänder du dig till din närmaste Frälsningsarmékår.

ANSÖKAN MÅSTE VARA SÅ FULLSTÄNDIG SOM MÖJLIGT.
FYLL I ALLA RELEVANTA UPPGIFTER

OBSERVERA: Endast en ansökan per hushåll.

Du/ni som är gift/sambo eller delar hushåll uppger hushållets gemensamma inkomster.

- Antalet gånger man kan få bistånd av oss är begränsat.
- Du måste kunna styrka dina inkomstuppgifter:
Bifoga kontoutdrag för de tre senaste månaderna (obligatoriskt!)
och ev. annat som kan ge en bild av din ekonomi och ev. särskilda behov.
- **Beskriv din situation och orsaken till att du/ni är i behov av ekonomiskt stöd inför julen.**
Detta är särskilt viktigt då vi inte har resurser för att hjälpa alla utan måste prioritera.
- Om din ansökan blir beviljad måste du visa upp giltig id-handling.

**ANSÖKAN SOM ÄR OFULLSTÄNDIG ELLER FÖR
SENT INLÄMNAD KAN INTE BEHANDLAS.**

Skicka eller lämna in din ansökan **senast 25 nov** till:

FRÄLSNINGARMÉN
TORGGATAN 1
441 30 ALINGSÅS

DU FÅR BESKED AV OSS VIA SMS/TELEFON ELLER BREV OMKRING DEN 5 DEC

Med vänlig hälsning

Frälsningsarmén Alingsås
E.post: ksa.alingsas@fralsningsarmen.se



ANSÖKAN OM BISTÅND JULEN 2024

Frälsningsarmén Alingsås

Genom att lämna in undertecknad ansökan godkänner du registrering av dina uppgifter enligt Personuppgiftslagen (1998:204) Fyll i så fullständiga uppgifter som möjligt. Ytterligare information på baksidan av denna blankett.

Läs informationen på baksidan noga innan du fyller i och lämnar in ansökan.

Förnamn och efternamn: _____

Gatuadress: _____

Postnummer och ort: _____

Personnr: _____ Ensamstående: Gift/Sambo:

Namn och personnr. på den du delar hushåll med: _____

Telnr./Mobilnr: _____ E:post _____

Antal **minderåriga** barn, kön och ålder (ex. f 10 år, p 8 år): _____

Barnen bor hos mig: heltid halvtid nej

Hushållets sammanlagda årsinkomst: _____

INKOMST: fyll i aktuella ersättningar per månad för **alla i hushållet**

Lön: _____ Studiemedel(CSN): _____ Sjukersättning: _____

Aktivitetsstöd: _____ Försörjningsstöd: _____ Pension: _____

A-kassa: _____ Föräldrapenning: _____ Bostadsbidrag: _____

Barnbidrag: _____ Underhållstöd: _____ Annat: _____

Antal år som du tidigare fått Julbidrag av Frälsningsarmén: _____ (antalet ggr man kan få hjälp är begränsat)

FASTA UTGIFTER PER MÅNAD:

Hyra: _____ El: _____ Telefon, bredband, TV: _____ Försäkringar: _____

Mediciner/vård: _____ Skulder: _____ Annat: _____

Orsak till ansökan, beskriv varför du/ni ansöker om bistånd (obligatoriskt**):**

Med min underskrift försäkrar jag att jag lämnat riktiga uppgifter och samtycker till att dessa uppgifter registreras hos oss under fullständig sekretess. Lagrade uppgifter tas bort 3 år efter senaste hjälptillfälle.

Underskrift: _____

FRÄLSNINGARMÉN ALINGSÅS TILLHANDA SENAST 25 NOV

Information och instruktioner på baksidan

