

## 1. Personuppgifter

Omsorgstagare, namn	Personnummer	
Make/maka/sambo, namn	Personnummer	
Adress	Postnummer	Postadress

Gift eller sambo, bor tillsammans

Gift eller sambo, min make/maka/sambo bor på annan adress

Ensamstående

## 2. Om du inte vill lämna inkomstuppgift

Jag/vi vill inte lämna inkomstuppgifter och accepterar att betala högsta avgift enligt maxtaxa. Fyll inte i punkt 3-6.

### 3. Inkomster

Fyll i er inkomst per månad före skatt (bruttoinkomst).

Om du är gift eller sammanboende ska inkomster anges för båda.

	Belopp omsorgstagare	Belopp make/maka/sambo
Pensioner från Pensionsmyndigheten Garantipension, Tilläggspension, Ånkepension, Premiepension, Bostadstillägg, ev. livränta.	Dessa uppgifter hämtas automatiskt från Pensionsmyndigheten.	Dessa uppgifter hämtas automatiskt från Pensionsmyndighet.
Tjänstepension (KPA, SPV, Alecta, AMF m.fl.) Bifoga specifikation på utbetalning/ årsbesked/ deklARATION	Kr/mån	Kr/mån
Privatpension	Kr/mån	Kr/mån
Inkomst av tjänst (ej pension)	Kr/mån	Kr/mån
Sjukpenning/sjuk- eller aktivitetsersättning/a-kassa	Kr/mån	Kr/mån
Inkomst av näringsverksamhet	Kr/mån	Kr/mån
Övriga inkomster (t.ex. utländsk pension, AFA)	Kr/mån	Kr/mån
Livränta skattepliktig	Kr/mån	Kr/mån
Bostadsbidrag	Kr/mån	Kr/mån

### 4. Inkomst av kapital, redovisas per år enligt senaste deklARATION.

	Belopp omsorgstagare	Belopp make/maka/sambo
Bankränta, utdelning aktier/fonder (före skatt)	Kr/år	Kr/år

## 5. Disponibelt kapital

För att få reducerad kostavgift måste du ha sökt och beviljats bostadstillägg och inte ha ett disponibelt belopp över 143 250 kr.

Ja      Nej

Disponibelt kapital över 143 250 kr innevarande år? (t.ex. pengar på banken, kontanter över 25 000 kr, kapitalförsäkringar, värdepapper, aktier och fritidshus)

## 6. Ansökan om individuellt förbehållsbelopp

Ange nedan om du har särskilda och varaktiga kostnader som överstiger 200kr/månad för exempelvis god man eller kostnader för fördyrad kost på grund av medicinska skäl.

Bifoga handlingar som styrker merkostnader 3 månader tillbaka, utdrag om ställföreträdarskap och god mans arvode.

God mans arvode	Kr/mån
Övrigt	Kr/mån

## 7. Samtycke

Nedanstående person har mitt godkännande att agera i frågor gällande mina avgifter.

Underskrift	Namnförtydligande
Telefon	Relation (ex. god man, barn)

## 8. Underskrift

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna är riktiga och fullständiga. Anmäl alltid förändringar i din ekonomi, bostads- och familjeförhållande då det kan påverka din avgift

Datum	Datum
Underskrift omsorgstagare	Underskrift make/maka/sambo

### Bifoga följande handlingar med inkomstanmälan

- Bifoga specifikation på utbetalning/årsbesked avseende tjänstepension eller specifikation tilldeklaration från föregående år.

### Anmälan skickas till

Vård- och omsorgsförvaltningen, Box 356, 581 03 Linköping.

Inkomstanmälan ska vara inlämnad 21 dagar efter att du fått blanketten. Har inte blanketten lämnats in i tid får du betala högsta avgift enligt kommunens taxa. Vid sent inlämnad inkomstanmälan har du rätt till retroaktiv återbetalning av hemtjänstavgiften sex månader tillbaka i tiden, förutsatt att du har betalat för hög avgift.

### Information om behandling av personuppgifter

(Allmän dataskyddsförordning EU 2016/679 (GDPR)) Personuppgifter som lämnas ovan behandlas av vård- och äldreomsorgsnämnden för administration och andra åtgärder som behövs för att handlägga ärendet.

Du har rätt att få information om vilka personuppgifter om dig som behandlas av vård- och äldreomsorgsnämnden. Nämnden är skyldig att omgående rätta felaktiga eller missvisande uppgifter. Se mer info på [www.linkoping.se/gdpr](http://www.linkoping.se/gdpr) hur du gör din begäran om registerutdrag eller begäran om rättning av uppgifter. För frågor kontakta Vård- och omsorgsförvaltningen enligt följande: E-post: [vardochomsorgsforvaltningen@linkoping.se](mailto:vardochomsorgsforvaltningen@linkoping.se), Telefon: 013-20 60 00.