

ÄNDRINGSANMÄLAN

för beräkning av avgift inom omsorg om äldre
och personer med funktionsnedsättning

Vid frågor kontakta avgiftshandläggare

Telefon: 0680-162 00, måndag – fredag kl. 10:00 – 12:00

E-post: avgiftshandlaggare@herjedalen.se

Du är skyldig att själv lämna uppgift om ändrade förhållanden som kan komma att påverka beräkningen av din avgift, t.ex. inkomst, bostadstillägg eller boendekostnad

Personuppgifter

Namn	Personnummer
Namn make/maka/reg. partner <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/>	Personnummer
Adress	Telefonnr/Mobilnr
Postnr och postadress	E-postadress

Inkomst före skatt (bruttoinkomst, innevarande år)

Fyll i de inkomster som gäller för dig/er	Egen inkomst	Make/maka/reg. partner
Inkomstpension, Tilläggspension, Garantipension, Änkepension, Premiepension	_____ kr/mån	_____ kr/mån
Bostadstillägg/Bostadsbidrag	_____ kr/mån	_____ kr/mån
Tjänstepension SPV (statlig pension) KPA (kommunal pension)	_____ kr/mån _____ kr/mån	_____ kr/mån _____ kr/mån
Övriga skattepliktiga pensioner (t ex Alecta, STP, AMF, SPP) Utbetalas från: 1. _____ 2. _____ 3. _____	_____ kr/mån _____ kr/mån _____ kr/mån	_____ kr/mån _____ kr/mån _____ kr/mån
Övrigt: 1. _____ 2. _____ 3. _____	_____ kr/mån _____ kr/mån _____ kr/mån	_____ kr/mån _____ kr/mån _____ kr/mån

Bostadskostnad (fyll i all information nedan)

Hyra kr/månad	Kvm	Kallhyra <input type="checkbox"/>	Uppvärmning ingår <input type="checkbox"/>	Hushållsel ingår <input type="checkbox"/> Belopp _____
---------------	-----	--------------------------------------	---	--

ÄNDRINGSANMÄLAN

för beräkning av avgift inom omsorg om äldre
och personer med funktionsnedsättning

Godkännande (för annan person att företräda mig i kontakter med avgiftshandläggare)

Namn	Relation	God man <input type="checkbox"/>
Adress (utdelningsadress, postnummer och postadress)		
Ev. e-post	Telefon/mobilnr.	

Annan mottagare av faktura och avgiftsbeslut

Namn	Relation	God man <input type="checkbox"/>
Adress (utdelningsadress, postnummer och postadress)		
Ev. e-post	Telefon/mobilnr.	

Antal bilagor: _____

Underskrift sökande eller den som varit behjälplig vid ifyllandet.

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna är riktiga och fullständiga. Jag är medveten om att jag är skyldig att meddela ändrade förhållanden som kan påverka min avgift.	
Datum	Namnteckning
Namnförtydligande	

Blanketten skickas till:

Härjedalens kommun, Socialförvaltningen, Avgiftshandläggning, 842 80 Sveg.

Om din avgift förblir oförändrad kommer inget nytt avgiftsbeslut att skickas ut.

Information om hur vi hanterar dina personuppgifter

De personuppgifter du lämnar till oss behöver vi för att handlägga ditt ärende. Vi hanterar dina uppgifter med stöd av gällande dataskyddslagstiftning och den lagliga grunden enligt Socialtjänstlagen (SoL), Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), Svenskt regelverk kring allmänna handlingar gäller så dina uppgifter hanteras enligt Tryckfrihetsförordningen, Offentlighets- sekretesslagen och Arkivlagen.

Det är socialutskottet som är personuppgiftsansvarig för uppgifterna. Vi har kvar dina uppgifter den tid som behövs för att vi ska kunna uppfylla våra skyldigheter. Mer information om hur vi behandlar dina uppgifter, vilka rättigheter du har och hur du kontakter oss finns på vår webbplats www.herjedalen.se