

OPPLYSNINGER OM INNTEKTSFORHOLD

Ferdig utfylt skjema returneres til: Alta kommune, Helse- og sosial, Postboks 1383, 9506 Alta, eller kan leveres til Servicekontoret Alta omsorgssenter, Follumsvei 17 så snart som mulig og senest innen 14 dager. Besvar skjema så utfyllende som mulig.

Vi innhenter selv opplysninger om pensjon fra NAV, Statens pensjonskasse (SPK) og siste skatteoppgjør når oppholdet starter. Vi trenger din hjelp til å få oversikt over inntekter fra andre enn NAV/Statens pensjonskasse om endringer som ikke fremkommer av siste skatteoppgjør.

DEL 1. opplysninger om beboer

Institusjon:	<input type="checkbox"/> Gift * <input type="checkbox"/> Samboer * <input type="checkbox"/> Enslig <input type="checkbox"/> Enke/enkemann <input type="checkbox"/> Skilt/separert *) Fyll ut del 2
Beboers navn: Fødselsnummer (11 siffer	
Nærmeste pårørende navn og slektsforhold: For ektefelle/samboer, se del 2	Forbindelse: <input type="checkbox"/> barn <input type="checkbox"/> søsken <input type="checkbox"/> Annen fam.relasjon

Hvem skal motta brev og faktura fra kommunen (bare ett kryss)	<input type="checkbox"/> Beboer <input type="checkbox"/> Fullmektig/verge <input type="checkbox"/> Pårørende	Har beboer krigspensjon? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Foreligger fullmakt/fremtidsfullmakt eller oppnevnt verge: <input type="checkbox"/> Fullmakt <input type="checkbox"/> Fremtidsfullmakt <input type="checkbox"/> Verge <i>Om mulig, legg ved kopi av fullmakt, fremtidsfullmakt eller vergeoppnevning</i>	Navn, adresse og telefonnummer til fullmektig, verge eller pårørende:	Har beboer forsørgeransvar for barn under 20 år? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, angi antall barn og navn: Ant: ____ Navn:

Andre inntekter	Brutto månedsbeløp	Type ytelse og hvor kommer inntekten fra? Eks. navn på bank, pensjonskasse, arbeidsgiver, type næringsinntekt, utleieobjekt
Pensjoner fra andre enn Nav og SPK Eks. tjenestepensjoner fra KLP, private pensjoner, AFP og utenlands pensjon		
Lønn, sykepenger, AAP NAV, næringsinntekt		
Renteinntekter: Konto: konto:		

Leieinntekt:		
Inntekter fra aksjer, fond og andre verdipapirer		
Andre inntekter		
Skatt i %		%

Om mulig, legg ved dokumentasjon på annen inntekt, f.eks. siste utbetalingslipp fra andre pensjonsordninger, pensjon fra utlandet, bankutskrift, leieinntekt og siste årsoppgave.

Fradrag <i>om mulig, legg ved kopi av siste årsoppgave e.l</i>	Pr. år	Navn på lånegiver
Gjeldsrenter:		

Beboers kontonummer for tilbakebetaling av eventuelt for mye innbetalt egenbetaling
Kontonummer: _____

DEL 2 Fylles ut dersom beboer har hjemmeboende ektefelle/samboer

Ektefelles/samboers navn og fødselsnummer: _____

Hvem eier innestående på beboers bankkonti <input type="checkbox"/> beboer <input type="checkbox"/> begge	Gjelder det alle konti? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Hvis nei, spesifiser
Hvem eier innestående på ektefelle/samboers bankkonti <input type="checkbox"/> hjemmeboende <input type="checkbox"/> begge	Gjelder det alle konti? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Hvis nei, spesifiser
Er det felles gjeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Hvis ja, spesifiser hvilken gjeld dette gjelder:

Hjemmeboendes inntekter	Bruttoinntekt pr. måned	Spesifiser type ytelse:
Fra folketrygden		
AFP pensjoner		
Arbeidsinntekt		

Det bekreftes at ovenstående opplysninger er gitt etter beste skjønn og overbevisning. Jeg bekrefter å ha mottatt orientering om egenbetaling for opphold i institusjon		
Sted:	Dato:	Underskrift:

Post fra helse- og sosial:

Du vil motta vedtak med vedlegg sendt pr. post.

Om det er ønskelig at ektefelle/nærmeste pårørende/verge skal motta kopi av våre brev/vedtak må vedkommende fødselsnummer 11. siffer påføres skjemaet. Når advokat er verge må org. nr. oppgis.

Fakturaadresse: Faktura sendes til Folkeregister-registrert adresse hvis ikke annet er oppgitt.

Avtalegiro/E-faktura: Beboer eller ektefelle/nærmeste pårørende/verge må selv starte/endre/stoppe slike betalingsavtaler. Husk å passe på å endre beløpsgrense når det blir endringer i egenbetalingen.

Ta kontakt med saksbehandler hvis du ønsker hjelp til å fylle ut skjemaet, ring 784 55400 for å avtale nærmere tid hvis du ønsker å komme innom.

SAMTYKKE TIL INNHENTING AV OPPLYSNINGER:**Fullmakt:**

Jeg gir fullmakt til at Alta kommune, Helse- og sosial kan innhente nødvendig opplysninger for beregning av egenandel for navn beboer:

_____ Født: _____

Opphold ved: _____

Denne fullmakt gjelder overfor NAV, Namsfogden (påleggstrekk), lokale skattemyndigheter, kommune, arbeidsgivere, banker, fond forsikringsselskaper og andre pensjonsgivere (norske og utenlandske)

Sted:

Dato:

Underskrift:
