



Namn:

Adress:

**EKONOMISK REDOGÖRELSE FÖR BERÄKNING AV AVGIFT INOM  
ÄLDRE- OCH HANDIKAPPOMSORGEN**

För att er avgift skall bli rätt är ni **skyldig** att uppge er inkomst och bostadskostnad.  
Samtliga uppgifter skall anges **före** skatteavdrag.

Vi är tacksamma om Ni återsänder blanketten **inom 10 dagar**.

<b>INKOMSTER</b>	Personnr:
Pensioner och inkomster från Pensionsmyndigheten/ Försäkringskassan	kr/mån
Bostadstillägg (BTP)	kr/mån
KPA / SPV (kommunal/statlig tjänstepension)	kr/mån
Alecta / AMF (arbetsmarknadsförsäkringar)	kr/mån
Privata pensionsförsäkringar	kr/mån
Annan pension	kr/mån
Ersättning från avtalsgruppförsäkring, AGS	kr/mån
Inkomst av tjänst, ej pension	kr/mån
Studiebidrag	kr/mån
Utländska inkomster	kr/mån
Övrigt .....	kr/mån

Inkomst av kapital (ränta/utdelning) per den 31 dec 2011	kr/år
Inkomst av näringsverksamhet <input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> passiv Bifoga kopia av deklARATION	kr/år

**BOSTADSKOSTNAD****Hyreslägenhet/Bostadsrätt** \_\_\_\_\_ kr/mån*Exklusive hushållsel, garage, hyresgästförening etc***Egen fastighet** \_\_\_\_\_ kr/mån*Godtagbara kostnader vid beräkning av bostadskostnad för egen fastighet: skuldräntor, värme, vatten, sophämtning, sotning samt villaförsäkring*

Fastighetsbeteckning	
Taxeringsvärde	
Taxeringsår	
Byggår (värdeår)	
Ägarandel	
Bostadsyta	

**Kostnad för godman** \_\_\_\_\_ kr per år*Bifoga kopia av arvodesbeslut samt kontoutdrag från skattemyndigheten som visar inbetald arbetsgivaravgift.****Om avgiftsbeslut och/eller räkning skall skickas till annan adress anges det nedan.***Önskar c/o-adress  avgiftsbeslut  räkningAnge namn / adress \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Möjlighet finns till betalning via autogiro** Autogiroanmälan önskas**Ovanstående uppgifters riktighet intygas**

Datum \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_