

**1. Personuppgifter**

Vårdtagare	Personnummer	Civilstånd
Make/Maka/Reg. partner/Sambo	Personnummer	Civilstånd
Adress		
Postnummer	Ort	Telefonnummer

- Jag vill inte lämna uppgifter om ekonomiska förhållanden som rör mig eller min make/maka.  
 Jag är införstådd med att någon beräkning av inkomst, förbehållsbelopp eller avgiftsutrymme då inte kan göras och att jag därmed accepterar att betala full avgift enligt kommunens regler.

*Om du har kryssat i rutan ovan behöver du inte fortsätta fylla i några uppgifter utan går direkt till underskrift.*

**2. Aktuella inkomster per månad före skatt**

	Vårdtagares inkomst	Make/Maka/Reg. partner inkomst
Garantipension		
Tilläggspension		
Inkomstpension		
SPV/KPA		
Alecta		
AMF		
Lön/inkomst av tjänst		
Sjukpenning/sjukbidrag		
Annan inkomst		
Bostadstillägg/bidrag		

**3. Boendekostnader**

<input type="checkbox"/> Villa	<input type="checkbox"/> Bostadsrätt	<input type="checkbox"/> Hyresrätt	
Grundhyra: _____ kr/månad	I min hyra ingår nedanstående		
<b>Kopia av hyresavin ska bifogas!</b>			
<b>Har du ingen hyra fyll i uppgifter på nästa sida!</b>	<input type="checkbox"/> Värme	<input type="checkbox"/> Vatten	<input type="checkbox"/> Hushållsel

*Var god vänd, blanketten fortsätter på nästa sida!*

### Uppgifter om egen bostadfastighet: (se deklARATIONEN)

Fastighetsbeteckning		
Taxeringsvärde		Värdeår
Bostadsyta	kvm	
Skuldräntor kr/år (exkl. räntebidrag)		
Annat		

### 4. Underlag för beräkning av minimibeloppet

Jag äter dagligen följande måltider i dagcentralens restaurang eller har matdistribution av följande måltider.		
<input type="checkbox"/> Frukost	<input type="checkbox"/> Lunch	<input type="checkbox"/> Kvällsmat
Jag har följande kostnader för god man:		Kr/år
<input type="checkbox"/> Jag betalar kyrkoavgift eller avgift till andra trossamfund/församling.	<input type="checkbox"/> Min make/maka/reg. partner betalar kyrkoavgift eller avgift till andra trossamfund/församling.	
Jag tillhör:.....	Hon/han tillhör:.....	
Andra kostnader som kommunen bör ta hänsyn till vid beräkning av mitt minimibelopp:		

### 5. Annan postmottagare (Fylls i endast om avgiftsbeslut och räkning skall skicka till annan mottagare)

Namn på mottagaren		Relation
Adress		
Postnummer	Ort	Telefonnummer

Genom att lämna information på denna blankett kommer dina personuppgifter att bli behandlade av Kävlings kommun i enlighet med Dataskyddsförordningens krav. Personuppgifter inhämtas och behandlas i syfte för beslut av din avgift enligt Socialtjänstlagen och de kommer enbart att delas med behöriga inom Kävlings kommun. Uppgifterna kommer att gallras enligt omsorgsnämndens informationshanteringsplan. Har du frågor kring kommunens behandling av dina personuppgifter kan du kontakta Omsorgsnämnden i Kävlings via omsorgsnamnden@kavlinge.se. Du har alltid rätt att få information om de behandlingar du deltar i, samt att rätta eventuella felaktigheter i uppgifterna. Läs mer om Kävlings kommuns allmänna hantering av personuppgifter på [www.kavlinge.se](http://www.kavlinge.se).

Jag intygar att samtliga uppgifter är fullständiga och korrekta. Kommunen kommer att inhämta vissa uppgifter ifrån andra parter och myndigheter samt kontrollera inlämnade uppgifter. Om kommunen inte får fullständiga uppgifter från dig riskerar du att få betala full avgift. Om annan mottagare angivits godkänner jag att den personen får mina räkningar för betalning samt får ta emot och lämna de uppgifter som behövs för korrekta avgiftsbeslut.

### 6. Underskrift (vårdtagare, god man, förvaltare)

Ort och datum	Underskrift
---------------	-------------

#### Blanketten skickas till:

Kävlings kommun  
Sektor Omsorg, Avgiftshandläggare  
Kullagatan 2  
244 80 Kävlings

Tel: 046-73 90 00  
E-post: [kontakt@kavlinge.se](mailto:kontakt@kavlinge.se)  
[www.kavlinge.se](http://www.kavlinge.se)