

## SJUKVÅRD OCH OMSORG I NORRTÄLJE

**Till:**

Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje  
Box 801  
761 28 Norrtälje

**Ansökan om jämkning (nedsättning) av avgift**

Namn:	Personnummer:
Adress:	Telefonnummer:
Ev. make/maka/sammanboendes namn och adress:	Telefonnummer:
Ev. kontaktperson, namn och adress:	Telefonnummer:

**Anledning till ansökan:**

(Ex. dubbla bostadskostnader, ange då för vilken tid samt båda bostadskostnaderna. För dubbla bostadskostnader beviljas jämkning under max tre månader). I det fall den enskilde, vid inflyttningen i särskilt boende, äger tillgångar i form av bostadsrätt, fastighet, kontanter, bankmedel eller värdepapper till värde överstigande 1,5 basbelopp medges ej jämkning. (År 2024: 1,5 basbelopp = 85 950:-)

Underlag som ska bifogas är övriga inkomster boendekostnader, kopia på hyresavier för den aktuella perioden, kontoutdrag samt kopia på föregående års deklARATION.

**Ansökan ska vara inkommen senast tre månader efter inflyttningsdag**

---

---

---

---

---

Var god vänd →

## SJUKVÅRD OCH OMSORG I NORRTÄLJE

**INKOMSTER**

(brutto)

*Vårdragare**Make/maka/sambo*Pension från  
Pensionsmyndigheten /mån

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Övriga pensioner: /mån

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Förvärvsinkomst /mån

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Övriga inkomster /mån

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Inkomst av kapital /år

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bostadstillägg /mån

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TILLGÅNGAR***Vårdragare**Make/maka/sambo*

Bankmedel

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aktier, obligationer, fonder,  
reverser

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Övrigt

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**BOENDEKOSTNAD****Ordinärt boende:**

Hyrd bostad kr/mån:

\_\_\_\_\_

**Hyra särskilt boende/ mån:**

\_\_\_\_\_

**Jag försäkrar att uppgifterna är fullständiga och sanningsenliga:**.....  
Datum.....  
NamnteckningVid frågor kontakta:  
Avgiftshandläggare

telefon: 0176-712 22

e-mail: avgifter@norrtalje.se