

Ansökan om avgiftsreducering för dubbel boendekostnad

Vid inflyttning till särskilt boende kan avgiften jämkas i max tre månader om dubbel bostadskostnad uppstår samt om den boende är ensamstående. Om du har förmögenhet överstigande 100 000 kr eller inte ansökt om bostadstillägg/bostadsbidrag kan detta påverka din avgiftsreducering.

Ansökan om dubbla boendekostnader ska vara kommunen tillhanda **inom två månader** efter inflyttning på särskilt boende. Ansökan som inkommit senare prövas inte.

Personuppgifter sökande

För- och efternamn	Personnummer
Namn på boendet	Telefonnummer

Uppgifter om inkomst

Bostadstillägg/bostadsbidrag

- ☐ Har bostadstillägg/bostadsbidrag
- ☐ Har ansökt om bostadstillägg/bostadsbidrag
- ☐ Har fått avslag om bostadstillägg/bostadsbidrag
- ☐ Har ej ansökt om bostadstillägg/bostadsbidrag

Förmögenhet överstigande 100 000 kr?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Uppgifter om den tidigare bostaden

Fyll i vilken typ av bostad du tidigare bott i och tillhörande uppgifter.

- ☐ Hyrd bostad

Hyra/månad

☐ **Egen fastighet (villa/småhus)**

Taxeringsvärde	Bostadsyta (kvm)	Räntekostnad bostadslån per föregående år
----------------	------------------	---

☐ **Bostadsrätt**

Hyra/månad	Bostadsyta (kvm)	Räntekostnad bostadslån per föregående år
------------	------------------	---

Övriga uppgifter om din bostad:

Uppsägningstid	Hyra/avgift t.o.m. datum
----------------	--------------------------

Bilagor

- Bifoga kvitto varje månad på betald hyra i den gamla bostaden. **Hyresavi godtas ej.**
- Bifoga bankens årsbesked och deklaration. Kompletterande uppgifter kan komma att krävas in.

Kontouppgifter vid eventuell utbetalning för hyra som inte debiteras av Malmö stad:

Bankens namn	Clearingnummer	Kontonummer
--------------	----------------	-------------

Försäkran

- Jag försäkrar härmed att de lämnade uppgifterna är korrekta och att jag förbinder mig att underrätta om förändringar samt att jag tagit del av gällande avgiftsbestämmelser.
- Jag är medveten om att ovanstående uppgifter kan komma att kontrolleras.
- Jag intygar härmed att ingen bor kvar i min bostad.

Datum	Underskrift för den sökande
-------	-----------------------------

Jag har varit behjälplig att fylla i blanketten:

Namn	Telefonnummer
------	---------------

Ansökan om avgiftsreducering skickas till:

Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen
Avdelning för myndighet, Avgiftsadministratör
205 80 Malmö