



De uppgifter som du lämnar på denna blankett används till att beräkna avgift för omsorg/hemsjukvård. Lämnas inte uppgift om inkomst debiteras maxavgift.

Jag/vi avstår från att lämna inkomstuppgift och betalar maximal avgift enligt Nybro Kommuns gällande taxa. Skriv under blanketten på sid 2.

INKOMSTER SKALL ANGES PER MÅNAD OCH FÖRE SKATT

Namn	Namn make/maka
Personnummer	Personnummer
Pensioner och inkomster från Pensionsmyndigheten/försäkringskassan	Pensioner och inkomster från Pensionsmyndigheten/försäkringskassan
Alecta/AMF	Alecta/AMF
Kommunal pension KPA	Kommunal pension KPA
Statlig pension SPV	Statlig pension SPV
Annan pension t ex utlandspension	Annan pension t ex utlandspension
Inkomst av tjänst, ej pension	Inkomst av tjänst, ej pension
Övrigt	Övrigt

INKOMSTER SKALL ANGES PER ÅR OCH FÖRE SKATT

Ränteinkomster, utdelningar mm per 31 dec 2016	Ränteinkomster, utdelningar mm per 31 dec 2016
Inkomst av näringsverksamhet <input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> passiv <i>Bifoga kopia av deklaration</i>	Inkomst av näringsverksamhet <input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> passiv <i>Bifoga kopia av deklaration</i>

BOSTADSKOSTNAD

Hyreslägenhet/Bostadsrätt <i>Exklusive hushållsel, garage, Kabel-TV, hyresgästförening etc</i>

Kronor per månad

Egen fastighet <i>Godtagbara kostnader vid beräkning av bostadskostnad för egen fastighet är skuld-räntor, värme, vatten, sophämtning, sotning, brandskyddskontroll samt villaförsäkring</i>

Kronor per månad

Fastighetsbeteckning	
Taxeringsvärde	
Taxeringsår	
Byggår (värdeår)	
Ägarandel	
Bostadsyta	

Kostnad för god man <i>Bifoga kopia av arvodesbeslut samt kontoutdrag från skattemyndigheten som visar inbetald arbetsgivaravgift.</i>

Kronor per månad

Om avgiftsbeslut och/eller räkning skall skickas till annan adress anges det nedan.

Önskar c/o-adress avgiftsbeslut räkning

Namn	Adress
Postnr och postadress	Telefonnummer

Möjlighet finns till betalning via autogiro, blankett för autogiroanmälan önskas.

Att lämnade uppgifter är riktiga försäkras

Datum	Underskrift	Underskrift make/maka
-------	-------------	-----------------------

Behjälplig vid ifyllandet/ev. fullmakt

Datum	Namn	Telefonnummer
-------	------	---------------

Vi är tacksamma om ni återsänder blanketten inom 10 dagar