



INTYG FRÅN SOCIALTJÄNSTEN

Fylls i av socialtjänsten. Bilaga till ansökan om nedsatt årsbelopp/årsavgift med hänsyn till synnerliga skäl

6846W 3	68463203	Skriv tydligt – texten läses maskinellt. Blanketten ska skickas in i original.	Ankomstdatum
			Fylls i av CSN →
Personuppgifter	Namn och adress		Personnummer (10 siffror)
+			
Tid med försörjningsstöd	Härmed intygas att försörjningsstöd har betalats ut för följande år och månader. Om du vill lämna uppgifter för fler än två år, skriv under "Övrigt".		
	År	<input type="checkbox"/> Alla månader	<input type="checkbox"/> Färre månader, skriv vilka:
		
		
	År	<input type="checkbox"/> Alla månader	<input type="checkbox"/> Färre månader, skriv vilka:
		
		
Övrigt			
Socialtjänstens underskrift	Datum	Underskrift	Socialtjänstens stämpel
	Namnförtydligande		
	Telefon		
	E-postadress		

CSN OGL 6846W/3/24-10

+

INFORMATION

Detta intyg ska socialtjänsten fylla i om du har försörjningsstöd. Skicka sedan intyget till CSN tillsammans med din ansökan om nedsatt årsbelopp/årsavgift med hänsyn till synnerliga skäl.

Blanketten ska skickas till: CSN Postservice, 167 82 Bromma

+

+

+