



Fylls endast i av socialförvaltningen

INTYG FRÅN SOCIALFÖRVALTNINGEN

– gäller studerande som ansöker om extra tillägg från CSN

Läsåret 2026/27

+

1602W 4	16023204	Skriv tydligt – texten läses maskinellt. Blanketten ska skickas in i original.		Fylls i av CSN →	Ankomstdatum	Lagra	Ostämplad	26072701
Familjens personuppgifter +	Den studerandes namn						Personnummer	
	Namn på vårdnadshavare 1						Personnummer	
	Namn på vårdnadshavare 2 eller styvförälder						Personnummer	
Tid med försörjningsstöd under läsåret 2026/27	Fyll i vilka månader familjen har försörjningsstöd från den 1 juli 2026	Den studerande	Vårdnadshavare 1	Vårdnadshavare 2				
	Juli 2026	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Augusti 2026	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	September 2026	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Oktober 2026	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	November 2026	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	December 2026	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Januari 2027	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Februari 2027	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Mars 2027	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	April 2027	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Maj 2027	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Juni 2027	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Skattepliktiga inkomster	Har familjen skattepliktiga inkomster?							
	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja – Uppmana gärna familjen att skicka med dokument som visar inkomsten.						
Övrigt								
Socialförvaltningens underskrift +	Datum	Underskrift			Socialförvaltningens stämpel			
	Namnförtydligande							
	Tjänstetitel							
	Telefon							
	E-postadress							

CSN bl 1602W/4/26-02

+

+

Blanketten ska skickas till: CSN Postservice, 167 82 Bromma