





112022

## 6 Make/Maka/Sambo - personuppgifter

Efternamn (familjenamn)	Tidigare efternamn		
Förnamn (samtliga)	Kön <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K	Födelsedatum (år, månad, dag, nr)	
Medborgarskap	Eventuellt tidigare medborgarskap		
Nuvarande adress (gata, ort och land)	Medsökande <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		

## 7 Föräldrar - personuppgifter

Din pappas efternamn (familjenamn)	Tidigare efternamn		
Förnamn samtliga	Födelsedatum (år, månad, dag, nr)		
Vistelseort/Land	Barn i Sverige <input type="checkbox"/> Ja, antal:	Barn i annat land <input type="checkbox"/> Ja, antal:	
Civilstånd <input type="checkbox"/> Ogift <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Frånskild <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Änkling	Avliden år:		
Medborgarskap	Eventuellt tidigare medborgarskap		Medsökande <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

Din mammas efternamn (familjenamn)	Tidigare efternamn		
Förnamn samtliga	Födelsedatum (år, månad, dag, nr)		
Vistelseort/Land	Barn i Sverige <input type="checkbox"/> Ja, antal:	Barn i annat land <input type="checkbox"/> Ja, antal:	
Civilstånd <input type="checkbox"/> Ogift <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Frånskild <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Änka	Avliden år:		
Medborgarskap	Eventuellt tidigare medborgarskap		Medsökande <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

## 8 Syskon - personuppgifter

Antal bröder:

Antal systrar:

Efternamn (familjenamn)	Tidigare efternamn		
Förnamn samtliga	Kön <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K	Födelsedatum (år, månad, dag, nr)	
Vistelseort/Land	Barn <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, antal:		
Civilstånd <input type="checkbox"/> Ogift <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Frånskild <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Änka/Änkling	Avliden år:		
Medborgarskap	Eventuellt tidigare medborgarskap		Medsökande <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

Efternamn (familjenamn)	Tidigare efternamn		
Förnamn samtliga	Kön <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K	Födelsedatum (år, månad, dag, nr)	
Vistelseort/Land	Barn <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, antal:		
Civilstånd <input type="checkbox"/> Ogift <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Frånskild <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Änka/Änkling	Avliden år:		
Medborgarskap	Eventuellt tidigare medborgarskap		Medsökande <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

