



SALTVIKS
KOMMUN

ANSÖKAN OM HEMVÅRDSSTÖD FÖR BARN

(LL 2015:68 om hemvårdsstöd)

Ankomstdag: _____

<input type="checkbox"/> Grundläggande hemv.stöd _____	<input type="checkbox"/> Utökat hemvårdsstöd _____
<input type="checkbox"/> Syskontillägg _____	<input type="checkbox"/> Hemv.stöd för syskon _____
<input type="checkbox"/> Flerlingsstöd _____	<input type="checkbox"/> Utökat flerlingsstöd _____
<input type="checkbox"/> Tilläggsdel _____	<input type="checkbox"/> Partiellt stöd _____

Sökande	Släktnamn och förnamn		Personbeteckning	
	Postadress		Telefonnummer	
	Bankkonto / IBAN	E-post		
	Makes/makas/samboendes namn		Personbeteckning	
Tidpunkt	Extra föräldraledighet (faderskapsledighet) max 54 dgr			
	<input type="checkbox"/> Ja, datum _____		<input type="checkbox"/> Meddelar senare <input type="checkbox"/> Nej	
	Ansöker om stöd fr o m			
Barn i familjen och ordnandet av barnets vård under den tid stödet erhålls	Barnets namn	Personbeteckning	Vård utanför hemmet	Vård i hemmet
			Kommun	Privat
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familjens inkomster ifylls endast om man ansöker om tilläggsdel. Ej vid partiellt stöd.	Skattepliktiga inkomster uppges, euro/mån		Sökande	Maka, make, samboende
	Lön och andra förvärvsinkomster			
	Pensioner och livräntor			
	Räntes-, hyres- och andra kapitalinkomster			
	Inkomster av företagsverksamhet			
	Arbetslöshetspenning			
	Andra regelbundna inkomster			
	INKOMSTER SAMMANLAGT			
Sökandens underskrift	Jag försäkrar att ovan givna uppgifter är riktiga; ort, tid och sökandens underskrift			
Bilagor	<input type="checkbox"/> Folkpensionsanstaltens intyg över att föräldrapenningsperioden upphört	<input type="checkbox"/> Inkomstverifikat då tilläggsdel söks	<input type="checkbox"/> Intyg av arbetsgivaren	<input type="checkbox"/> Skattekort förmån

BESLUT	Datum för beslutet			Paragraf	
Tjänste- innehavarens beslut	Beviljas grundläggande hemvårdsstöd €/mån fr o m	Beviljas utökat hemvårds- stöd €/mån fr o m	Syskontillägg €/mån fr o m	Hemvårdsstöd för syskon €/mån fr o m	
	Flerlingsstöd €/mån fr o m	Utökat flerlingsstöd €/mån fr o m	Tilläggsdel €/mån fr o m	Beviljas partiellt hemvårdsstöd €/mån fr o m	Hemvårdsstöd beviljas ej <input type="checkbox"/>
Underskrift	Datum, tjänsteställning, namn och telefonnummer				
	Detta beslut har sänts till				
Motiveringar	Beslutet är i kraft så länge förutsättningarna för erhållande av stödet är de som framlagts i ansökan. Meddelande om tidpunkten då utbetalningen av stödet upphör samt om grunderna för stödet fås från den myndighet som beviljat stödet. Mottagaren av hemvårdsstöd är skyldig att meddela om det inträffar förändringar angående förutsättningarna för erhållande av stödet. Om man inte meddelar leder det till att det stöd som betalats för mycket återindrivs.				

Anvisningar för ändringsyrkande

Ändring i detta beslut kan sökas hos besvärsmyndigheten genom skriftligt rättelseyrkande.

Myndighet till vilken rättelseyrkande kan framställas samt tid för yrkande av rättelse

Skriftligt rättelseyrkande får framställas av den som ett beslut avser eller den vars rätt, skyldighet eller fördel direkt påverkas av beslutet.

Myndighet hos vilken rättelse yrkas är

Skol- och bildningsnämnden i Saltvik
Lillängs 14, Nääs
22320 Ödkarby

Yrkande ska framställas inom 14 dagar från delfåendet av beslutet. En part anses ha fått del av beslutet sju dagar efter dagen då brevet avsändes, om inte något annat påvisas.

Rättelseyrkandets innehåll

Av rättelseyrkandet ska framgå yrkandet och vad det grundar sig på. Yrkandet ska undertecknas av den som framställer det.