



SALTVIKS
KOMMUN

ANSÖKAN OM HEMVÅRDSSTÖD FÖR BARN

(LL 2015:68 om hemvårdsstöd)

Ankomstdag: _____

☐ Grundläggande hemv.stöd _____	☐ Utökat hemvårdsstöd _____
☐ Syskontillägg _____	☐ Hemv.stöd för syskon _____
☐ Flerlingsstöd _____	☐ Utökat flerlingsstöd _____
☐ Tilläggsdel _____	☐ 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				
	☐ Ja, datum _____ ☐ Meddelar senare ☐ 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	
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
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	☐ Folkpensionsanstaltens intyg över att föräldrapenningsperioden upphört ☐ Inkomstverifikat då tilläggsdel söks ☐ Intyg av arbetsgivaren ☐ Skattekort förmån				

VÄND

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 ☐

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.