

Ansökan om hemvårdsstöd för barn

Sökande

För- och efternamn	Personbeteckning
Adress	Postnummer och ort
E-post	Telefon/Mobil
Makes/makas/samboendes namn	Personbeteckning
Bankkonto/IBAN	

Ansökan gäller

☐ Grundläggande hemvårdsstöd	☐ Utökat hemvårdsstöd
☐ Syskontillägg	☐ Hemvårdsstöd för syskon
☐ Flerlingsstöd	☐ Utökat flerlingsstöd
☐ Tilläggsdel	☐ Partiellt stöd

Tidpunkt

Ansöker om stöd fr.o.m. _____._____.20_____
Extra föräldraledighet
☐ Ja, datum_____ ☐ Ja, meddelar senare ☐ Nej

Barn i familjen och ordnande av barnets vård under den tid stödet erhålls

Barnets namn	Personbeteckning	Vård utanför hemmet	Vård i hemmet
		☐ Kommunalt ☐ Privat	☐
		☐ Kommunalt ☐ Privat	☐
		☐ Kommunalt ☐ Privat	☐
		☐ Kommunalt ☐ Privat	☐
		☐ Kommunalt ☐ Privat	☐

Bilagor

Till ansökan bifogas följande bilagor:

☐ FPA:s intyg över föräldrapenningperioden	☐ Intyg av arbetsgivaren
☐ Inkomstverifikat då tilläggsdelen söks	☐ Skattekort förmån

Underskrift

Ort och datum	Underskrift och namnförtydligande
---------------	-----------------------------------

Ansökan returneras via e-post eller post till

info@saltvik.ax

eller Saltviks kommun, Lillängs 14, 22320 Ödkarby

Tjänsteinnehavarens beslut

☐ Beviljas grundläggande hemvårdsstöd _____ €/mån fr.o.m. _____.____.20__	☐ Beviljas utökat hemvårdsstöd _____ €/mån fr.o.m. _____.____.20__
☐ Beviljas syskontillägg _____ €/mån fr.o.m. _____.____.20__	☐ Beviljas hemvårdsstöd för syskon _____ €/mån fr.o.m. _____.____.20__
☐ Beviljas flerlingsstöd _____ €/mån fr.o.m. _____.____.20__	☐ Beviljas utökat flerlingsstöd _____ €/mån fr.o.m. _____.____.20__
☐ Beviljas tilläggsdel _____ €/mån fr.o.m. _____.____.20__	☐ Beviljas partiellt stöd _____ €/mån fr.o.m. _____.____.20__
☐ Hemvårdsstöd beviljas inte	
Datum för beslutet _____.____.20__	Paragraf
Underskrift och namnförtydligande	

Mottagaren av hemvårdsstöd är skyldig att meddela om det sker förändringar angående förutsättningarna för erhållande av stödet. Om man inte meddelar leder det till att det stöd som betalats för mycket återkrävs.

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

Utbildningsnämnden i Saltvik

Lillängs 14

22320 Ödkarby

Yrkande ska framställas inom 14 dagar från delfäendet 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.