



SUNDS  
KOMMUN  
ÅLAND

[www.sund.ax](http://www.sund.ax)

ANSÖKAN OM BARNOMSORG

Ankom \_\_\_\_\_

Daghem  
 Familjedaghem

1. Personuppgifter om barnet	Släktnamn och förnamn			
	Personbeteckning			
	Hemort i landskapet			
	Näradress, postnummer och postanstalt		Telefon hem	
	Modersmål <input type="checkbox"/> svenska <input type="checkbox"/> finska <input type="checkbox"/> annat, vilket		Hemspråk	
2. Personuppgifter om vårdnadshavaren	Moderns (eller sambons) namn*		Personbeteckning	Yrke eller uppgift
	Nuvarande arbetsplats, adress och tfn			
	Arbetstid, vardagar			
	Faders (eller sambons) namn*		Personbeteckning	Yrke eller uppgift
	Nuvarande arbetsplats, adress och tfn			
Arbetstid, vardagar				
3. Önskad vårdform och vårdplats	Vårdform i första hand	<input type="checkbox"/> Daghem		
		<input type="checkbox"/> Familjedaghem		
		<input type="checkbox"/> Barnomsorg i vårdarens hem		
		<input type="checkbox"/> Annan vårdform, vilken		
		Vårdtid <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Halvtid <input type="checkbox"/> Vårdtid kl.		
	Vårdform i andra hand	<input type="checkbox"/> Daghem		
		<input type="checkbox"/> Familjedaghem		
		<input type="checkbox"/> Barnomsorg i vårdarens hem		
		<input type="checkbox"/> Annan vårdform, vilken		
		Vårdtid <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Halvtid <input type="checkbox"/> Vårdtid kl.		
4. Önskad vårdtid	Vård önskas fr o m datum	Antal vårddagar/mån	Behov av vård på Lördag <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, vårdtid kl.	
	Behov av vård på söndag <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Vårdtid kl.	Behov av nattvård <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Vårdtid kl.

\*) här avses med mor/far även sådana personer som lever i äktenskapsliknande förhållanden eller annan vårdnadshavare i mors/fars ställe.

5. Transport	Möjlighet att använda bil för transport till dagvård <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej
6. Barnets nuvarande barnomsorg	<input type="checkbox"/> I eget hem <input type="checkbox"/> i kommunal familjedagvård
	<input type="checkbox"/> Annan vårdform, vilken
	Familjedagvårdarens/daghemmets namn och adress
7. Familjens övriga barn	Namn och födelseålder
	Nuvarande barnomsorg
	Ansökt om vårdplats, var
8. Barnets familjeförhållande	Barnet bor hos <input type="checkbox"/> de egna föräldrarna <input type="checkbox"/> modern <input type="checkbox"/> fadern <input type="checkbox"/> annan släkting <input type="checkbox"/> annanstans, var
9. Barnets hälsotillstånd	Sjukdomar, allergier, dieter, mm.
	Har barnet varit intaget på sjukhus eller erhållit fortgående läkarvård, när och varför
10. Tilläggsutredningar	Vilka andra omständigheter vill sökanden åberopa (barnets behov av specialvård, återinflyttade)
11. Uppgiftslämnarens underskrift	Jag intygar att uppgifterna är riktiga och samtycker till att uppgifterna kontrolleras Ort, tid och underskrift
Ansökan lämnas till	Kommunkansliet i Sund/Barnomsorgsledare Norra Sundsvägen 361 Björby 22520 KASTELHOLM  Telefon 43 27 30
12. Beslut	