



SUNDS kommun

ANSÖKAN OM HEMVÅRDSSTÖD FÖR BARN

(LL om hemvårdsstöd)

Ankomstdag: _____

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

Sökande	Släktnamn och förnamn		Personbeteckning		
	Postadress		Telefonnummer		
	Bankkonto / IBAN		E-post		
	Makes/makas/samboendes namn		Personbeteckning		
Tidpunkt	Extra föräldraledighet (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.	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	☐ Intyg av arbetsgivaren	☐ Skattekort	☐ då tilläggsdel söks

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 handläggaren 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 Sunds Kommun Barnomsorgsledaren Norra Sundsvägen 361 AX-22520 Kastelholm 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.					