



HAMMARLANDS  
KOMMUN

## ANSÖKAN OM HEMVÅRDSSTÖD FÖR BARN

(LL om hemvårdsstöd)

- Grundläggande hemvårdsstöd   
  Utökat hemvårdsstöd från \_\_\_\_\_ till \_\_\_\_\_   
  Tilläggsdel  
 Syskontillägg   
  Flerlingsstöd  
 Partiellt stöd   
  Hemvårdsstöd för syskon   
  Utökat flerlingsstöd

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

VÄND

BESLUT	Datum för beslutet			Paragraf	
Tjänste- innehavarens beslut	Beviljas hemvårdsstödet grunddel €/mån fr o m	Beviljas hemvårdsstödet utökade grunddel €/mån fr o m	Flerlingsstöd €/mån fr o m	Utökad flerlingsstöd €/mån fr o m	
	Syskontillägg €/mån fr o m	Hemvårdsstöd för syskon €/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	Datum	Till vem		

BESLUT	Datum för beslutet			Paragraf	
Tjänste- innehavarens beslut	Beviljas hemvårdsstödet grunddel €/mån fr o m	Beviljas hemvårdsstödet utökade grunddel €/mån fr o m	Flerlingsstöd €/mån fr o m	Utökad flerlingsstöd €/mån fr o m	
	Syskontillägg €/mån fr o m	Hemvårdsstöd för syskon €/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	Datum	Till vem		

BESLUT	Datum för beslutet			Paragraf	
Tjänste- innehavarens beslut	Beviljas hemvårdsstödet grunddel €/mån fr o m	Beviljas hemvårdsstödet utökade grunddel €/mån fr o m	Flerlingsstöd €/mån fr o m	Utökad flerlingsstöd €/mån fr o m	
	Syskontillägg €/mån fr o m	Hemvårdsstöd för syskon €/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	Datum	Till vem		

<b>Ändrings- sökande</b>	<p><b>Rättelseyrkande</b></p> <p>Vid missnöje med detta beslut kan det överlämnas för behandling i omsorgsnämnden inom 14 dagar efter att sökanden fått meddelande om beslutet. Anhållan om att omsorgsnämnden skall behandla ärendet sker genom att personligen överlämna detta beslut till omsorgsnämnden eller genom att sända beslutet jämte skriftlig motivering till <b>Omsorgskansli i Hammarland Klockarvägen 3, 22240 Hammarland</b></p>
------------------------------	---