



ANSÖKAN OM HEMVÅRDSSTÖD FÖR BARN

(LL om hemvårdsstöd)

Ankomstdag: _____

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

Sökande	Släktnamn och förnamn		Personbeteckning		
	Postadress		Telefonnummer		
	Bankkonto / IBAN	E-post			
	Makes/makas/samboendes namn		Personbeteckning		
Tidpunkt	Ansöker om stöd fr o m _____				
	Extra föräldraledighet (max 54 dgr)				
	<input type="checkbox"/> Ja, datum _____	<input type="checkbox"/> Meddelar senare	<input type="checkbox"/> Nej		
Barn i familjen och ordnandet av barnets vård under den tid stödet erhålls	Barnets namn	Personbeteckning	Vård utanför hemmet		Vård i hemmet
			Kommun	Privat	
			<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"/>
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	<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	Utökat 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		
Ändrings- sökande	<p>Rättelseyrkande</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 Omsorgskansli i Hammarland Klockarvägen 3, 22240 Hammarland</p>				