



ANSÖKAN OM HEMVÅRDSSTÖD FÖR BARN

(LL om hemvårdsstöd)

Ankomstdag _____

- ☐ Grundläggande hemvårdsstöd
- ☐ Utökat hemvårdsstöd från _____ till _____
- ☐ Tilläggsdel
- ☐ Syskontillägg
- ☐ Hemvårdsstöd för syskon
- ☐ Flerlingsstöd
- ☐ Partiellt stöd
- ☐ 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 63 dgr)				
☐ Ja, datum _____ ☐ Meddelar senare ☐ 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	
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
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	Folkpensionsanstaltens intyg över att föräldrapenningsperioden upphört		Inkomstverifikat då tilläggsdel söks		Intyg av arbetsgivaren
	☐		☐		☐ 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 ☐
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	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 ☐
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	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 ☐
Underskrift	Datum, tjänsteställning, namn och telefonnummer				
	Detta beslut har sänts		Datum	Till vem	

Ändrings- sökande	Rättelseyrkande 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
----------------------	--