



ANSÖKAN OM HEMVÅRDSSTÖD FÖR BARN

(LL om hemvårdsstöd)

Diarienummer och ankomstdag: _____

- Grundläggande hemvårdsstöd Utökad hemvårdsstöd
 Flerlingsstöd Utökad flerlingsstöd Tilläggsdel
 Syskontillägg Hemvårdsstöd för syskon Partiellt stöd

Sökande	Släktnamn och förnamn		Personbeteckning			
	Postadress		Telefonnummer			
	Bankkonto / IBAN	E-post				
	Makes/makas/samboendes namn		Personbeteckning			
Tidpunkt	Extra föräldraledighet (max 54 dgr)					
	<input type="checkbox"/> Ja, datum _____ <input type="checkbox"/> Meddelar senare <input type="checkbox"/> 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		
			<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 förvärsinkomster					
	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 <input type="checkbox"/> föräldrapenningsperioden upphört		Inkomstverifikat <input type="checkbox"/> då tilläggsdel söks		Intyg av arbetsgivaren <input type="checkbox"/>	Skattekort <input type="checkbox"/> förmån

Myndighetens anteckningar

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	Tillägsdel €/mån fr o m	Beviljas partiellt hemvårdsstöd €/mån fr o m	Hemvårdsstöd beviljas ej <input type="checkbox"/>
Underskrift	Delgivningsdatum, tjänsteställning, namn och telefonnummer				
	Detta beslut har sänts till				
Motiveringar	<p>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.</p> <p>Mottagaren av hemvårdsstöd är skyldig att meddela om det inträffar förändringar angående förutsättningarna för erhållande av stödet.</p> <p>Om man inte meddelar leder det till att det stöd som betalats för mycket återindrivs.</p>				
Ändrings- sökande	<p>Anvisning för rättelseyrkande Ändring i detta beslut kan sökas hos besvärmyndigheten genom skriftligt rättelseyrkande.</p> <p>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 (part) samt av kommunmedlemmarna.</p> <p>Myndighet hos vilken rättelse yrkas är</p> <p>Socialnämnden i Lumparland Kyrkvägen 26 AX-22 630 Lumparland</p> <p>Yrkandet 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. En kommunmedlem anses ha fått del av beslutet när protokollet har lagts fram offentligt. I vardera fallet räknas inte framlägnings- eller delgivningsdagen med i besvärstiden.</p> <p>Rättelseyrkandets innehåll Av rättelseyrkandet ska framgå yrkandet och vad det grundar sig på. Yrkandet ska undertecknas av den som framställer det.</p>				