

ANSÖKAN OCH TJÄNSTEINNEHAVARENS BESLUT
Hemvårdsstöd för barn (L om stöd för vård av barn i hemmet)

Mottagnings
datum

Grunddel Syskondel Tilläggsdel Partiellt stöd

1. Sökande	Släktnamn och förnamn		Personbeteckning				
	Postadress		Telefonnummer				
	Bankens namn		Kontonummer				
	Beskattningskommun		Är sökande under den tid stödet erhålls i förvärsarbete eller erhåller arbetslöshetspenning				
	Makes/makas/sambos namn		Personbeteckning				
2.	Tid fr.o.m vilken ansöks om stöd						
3. Barnen i familjen och ordnande av barnens vård under den tid stödet erhålls	Innevarande föräldrapenningsperiod upphör / 20		Vård utom hemmet		Vård i hemmet		
	Barnets namn Personbeteckning		Av kommunen ordnad dagv-plats, fr.o.m	Annan vård utanför hemmet	Utomstående vårdare med barnet	Vårdare är mor, far annan vårdare vem	
4. Familjens inkomster ifylls endast om man ansöker om tilläggsdel. Ifylls inte vid ansökan om partiellt stöd	Skattepliktiga inkomster uppges		Faderns/sambons inkomster		Moderns/sambons inkom.		
	Lön och andra förvärsinkomster						
	Pensioner och livräntor						
	Ränte-, hyres- och andra kapitalinkomster						
	Ink. av yrkesutövning och företagsverksamhet						
	Inkomster av gårdsbruk						
	Familjens övriga regelbundna inkomster (ex. arbetslöshetspenning), vilka						
INKOMSTER SAMMANLAGT							
5. Underskrift	Jag försäkrar att ovan givna uppgifter är riktiga; ort, tid och sökandes underskrift						
6. Bilagor	<input type="checkbox"/> Folkpensionsanstaltens beslut över när föräldrapenningsperioden upphör		<input type="checkbox"/> Inkomstverifikat då tilläggsdel söks		<input type="checkbox"/> Intyg av arbetsgivaren (partiellt stöd)		

Datum för beslut Paragraf

BESLUT

Tjänste- innehavarens beslut och motiveringar	Bev. hemvårdsstödet grunddel, €/mån fr.o.m	Syskondel, €/mån fr.o.m	Tilläggsdel €/mån fr.o.m	Bev. partiellt stöd €/mån fr.o.m
Underskrift/ Intygande av protokollsut- dragets riktighet	Datum, tjänsteställning, namn och telefonnummer			
Delgivning av beslut	Detta beslut har sänts till			
	Delgivarens underskrift			

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 betalas för mycket återindrivs.
--------------	---

ANVISNINGAR FÖR ÄNDRINGSYRKANDE

Den som är missnöjd med detta beslut har rätt att få beslutet hänskjutet till nedannämnda myndighet för behandling.

Myndighet och besvärstid för uppgörande av ändringsyrkande	<p>Myndighet och postadress</p> <p style="text-align: center;">Socialnämnden i Lumparland</p> <p style="text-align: center;">Kyrkvägen 26 22630 Lumparland</p> <p style="text-align: right;">Besvärstid 14 dagar</p> <p>Tiden för ändringsyrkandet räknas från den dag då personen fått del av beslutet, dagen för delfående dock icke medräknad.</p>
Inlämning av ändringsyrkande	<p>Yrkande på att få ärendet hänskjutet till ovannämnda myndighet för behandling bör göras skriftligt. Med myndigheternas samtycke kan det göras muntligt.</p> <p>Yrkandet skall sändas till myndigheten före besvärstidens utgång. Om besvärstidens sista dag är en helgdag, självständighetsdag, första maj, jul - eller midsommarafton, får yrkande sändas första vardagen därefter.</p> <p>På eget ansvar kan man sända yrkandet per post eller med bud. Yrkandet bör lämnas till posten i så god tid att det hinner fram till besvärstidens sista dag före utgången av verkets öppethållningstid.</p>

1

0
