



ANSÖKAN OM HEMVÅRDSSTÖD FÖR BARN

(LL om hemvårdsstöd)

Ankomstdag: _____

- Grundläggande hemvårdsstöd Utökat hemvårdsstöd
- Flerlingsstöd Utökat 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 föräldradighet (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 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		Inkomstverifikat		Intyg av arbetsgivaren		Skattekort	
	<input type="checkbox"/> föräldrapenningsperioden upphört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> då tilläggsdel söks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> förmån	<input type="checkbox"/>

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				
	<p style="text-align: center;">socialsekreterare Veronika Snellman, tel 359022</p>				
	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. Om man inte meddelar leder det till att det stöd som betalats för mycket återindrivs.</p>				
Andrings-sökande	<p>Rättelseyrkande</p> <p>Vid missnöje med detta beslut kan det överlämnas för behandling i socialnämnden inom 14 dagar efter det att sökanden fått meddelande om beslutet.</p> <p>Anhållan om att socialnämnden skall behandla ärendet sker genom att personligen överlämna detta beslut till socialkansliet eller genom att sända beslutet jämte skriftlig motivering till</p> <p>Socialnämnden i Lumparland, Kyrkvägen 26, 22630 Lumparland.</p>				