

☐ Grundläggande hemvårdsstöd
☐ Utökat hemvårdsstöd☐ Syskontillägg
☐ Tilläggsdel☐ Flerlingsstöd
☐ Utökat flerlingsstöd☐ Hemvårdsstöd för syskon
☐ Partiellt hemvårdsstöd**Sökande / vårdnadshavare**

Släktnamn och förnamn	Personbeteckning
Adress	Telefonnummer
E-postadress	Bankkontonummer (i IBAN-format)
Make/maka/samboendes namn	Personbeteckning
Extra föräldraledighet (faderskapsledighet), max 54 dagar ☐ Ja, när ☐ Nej	

Tidpunkt

Jag ansöker om hemvårdsstöd fr.o.m.

Barn i familjen, som du kan få stöd för

Barnets namn	Personbeteckning	Vård i hemmet	Vård utanför hemmet	
			Kommun	Privat

Familjens inkomster (om du söker om tilläggsdelen)

Skattepliktiga inkomster i euro/månad	Sökande	Make/maka/samboende
Lön och andra förvärvsinkomster		
Pensioner och livräntor		
Ränte-, hyres- och andra kapitalinkomster		
Inkomst av företagsverksamhet		
Arbetslöshetspenning		
Andra regelbundna inkomster		
Inkomster sammanlagt		

Bilagor till ansökan☐ Skattekort för FÖRMÅN (krävs)
☐ Intyg över "ej förvärvsarbete" (vid utökat stöd)
☐ Intyg över arbetstid (vid partiellt stöd)☐ FPA:s beslut om föräldrapenning (krävs)
☐ Inkomstverifikat (vid tilläggsdel)*

*Kommunen har rätt att få inkomstuppgifterna från inkomstregistret och inkomstverifikat behöver endast lämnas in om inkomsterna i inkomstregistret avviker från månadens normala inkomster.

Underskrift

Jag försäkrar att ovanstående uppgifter är riktiga		
Ort	Datum	Underskrift

Ansökan lämnas på kommunkansliet eller skickas till:

Lumparlands kommun
Kyrkvägen 26
22630 Lumparland

Mottagaren av hemvårdsstöd är skyldig att meddela om det inträffar förändringar angående förutsättningarna för erhållande av stödet. Om man inte meddelar ändringarna leder det till att det stöd som betalats för mycket återindrivs.