

**ANSÖKAN OM HEMVÅRDSSTÖD FÖR BARN**

(LL om hemvårdsstöd)

- Grundläggande hemvårdsstöd Utökat hemvårdsstöd Syskontillägg
 Hemvårdsstöd för syskon Flerlingsstöd Utökat flerlingsstöd
 Partiellt stöd

Sökande	Släktnamn och förnamn		Personbeteckning		
	Adress				
	E-post		Telefonnummer		
	Bankkonto				
	Partners namn		Personbeteckning		
Tidpunkt	Extra föräldradighet (max 54 dagar)				
	<input type="checkbox"/> Ja, datum _____ <input type="checkbox"/> Meddelar senare <input type="checkbox"/> Nej				
	Ansöker om stöd för tiden				
Barn i familjen och ordnandet av barnets vård under tiden stödet erhålls	Barnets namn	Personbeteckning	Vård i hemmet	Vård utanför hemmet Kommunal 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"/>
Sökandes underskrift	Jag försäkrar att ovan givna uppgifter är riktiga; datum och underskrift				
Bilagor som bifogas	<input type="checkbox"/> FPA beslut om föräldrapenning <input type="checkbox"/> Intyg av arbetsgivaren (utökat stöd, partiellt stöd) <input type="checkbox"/> Skattekort förmån <input type="checkbox"/> Skattekort lön <input type="checkbox"/> Ansökan om hemvårdsstödet tilläggsdel				

Information enligt 11 och 16 §§ (LL 2007:88) om behandling av personuppgifter: De personuppgifter du lämnar på denna blankett används för att möjliggöra Geta kommuns administration av ditt ärende. Uppgifterna sparas i kommunen. Läs mer på www.geta.ax/kommunverksamhet/behandling-personuppgifter



GETA KOMMUN

ANSÖKAN OM HEMVÅRDSSTÖD FÖR BARN

(LL om hemvårdsstöd)

BESLUT	Datum för beslutet		Paragraf	
	Följande beviljas	Från och med	Till och med	€/månad
Tjänste- innehavarens beslut	<input type="checkbox"/> Hemvårdsstödet grunddel			
	<input type="checkbox"/> Hemvårdsstödet utökande grunddel			
	<input type="checkbox"/> Hemvårdsstöd för syskon			
	<input type="checkbox"/> Syskontillägg			
	<input type="checkbox"/> Flerlingsstöd			
	<input type="checkbox"/> Utökat flerlingsstöd			
	<input type="checkbox"/> Partiellt hemvårdsstöd			
	<input type="checkbox"/> Tilläggsdel			
	<input type="checkbox"/> Beviljas ej; motivering:			
Beslutet är i kraft så länge förutsättningarna för erhållande av stödet är de som framlagts i ansökan. Mottagaren av hemvårdsstöd är skyldig att meddela om det inträffar förändringar angående förutsättningarna för erhållande av stödet. Om man inte meddelar leder det att det stöd som utbetalats för mycket återindrivs.				
Beslutande	Tjänsteman		Titel	
	Datum		Underskrift	

Detta beslut har sänts till _____ den _____