



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 föräldraledighet (max 54 dgr)						
	☐ Ja, datum _____☐ Meddelar senare☐ 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			
			☐	☐	☐		
			☐	☐	☐		
			☐	☐	☐		
			☐	☐	☐		
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
	☐ föräldrapenningsperioden upphört				☐ då tilläggsdel söks	☐	☐ förmån

BESLUT	Datum för beslutet			Paragraf	
Tjänste- innehavarens beslut	Beviljas hemvårdsstödet grunddel €/mån fr o m	Beviljas hemvårdsstödet ut- ökade 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 ☐
Underskrift	Datum, tjänsteställning, namn och telefonnummer				
	Detta beslut har sänts till				
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 betalats för mycket återindrivs.				
Andrings- sökande	Rättelseyrkande Vid missnöje med detta beslut kan det överlämnas för behandling i invånarnämnden inom 14 dagar efter det att sökanden fått meddelande om beslutet. Anhållan om att invånarnämnden skall behandla ärendet sker genom att personligen överlämna detta beslut till socialkansliet eller genom att sända beslutet jämte skriftlig motivering till Invånarnämnden i Finström, Skolvägen 2, 22410 Godby.				