



FINSTRÖMS  
KOMMUN

## ANSÖKAN OM HEMVÅRDSSTÖD FÖR BARN

(LL om hemvårdsstöd)

Ankomstdag: \_\_\_\_\_

- Grundläggande hemvårdsstöd     Utökad hemvårdsstöd  
 Flerlingsstöd     Utökad flerlingsstöd     Tilläggsdel  
 Syskontillägg     Hemvårdsstöd för syskon     Partiellt stöd

<b>Sökande</b>	Släktnamn och förnamn		Personbeteckning			
	Postadress		Telefonnummer			
	Bankkonto / IBAN	E-post				
	Makes/makas/samboendes namn		Personbeteckning			
<b>Tidpunkt</b>	Extra föräldraledighet (max 54 dgr)					
	<input type="checkbox"/> Ja, datum _____ <input type="checkbox"/> Meddelar senare <input type="checkbox"/> Nej					
	Ansöker om stöd fr o m _____					
<b>Barn i familjen</b> och ordnandet av barnets vård under den tid stödet erhålls	<b>Barnets namn</b>	<b>Personbeteckning</b>	<b>Vård utanför hemmet</b>		<b>Vård i hemmet</b>	
			<b>Kommun</b>	<b>Privat</b>		
			<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"/>	
<b>Familjens inkomster</b> ifylls <b>endast</b> om man ansöker om tilläggsdel. <b>Ej</b> vid partiellt stöd.	<b>Skattepliktiga inkomster uppges, euro/mån</b>		<b>Sökande</b>		<b>Maka, make, samboende</b>	
	Lön och andra förvärvsinkomster					
	Pensioner och livräntor					
	Räntes-, hyres- och andra kapitalinkomster					
	Inkomster av företagsverksamhet					
	Arbetslöshetspenning					
	Andra regelbundna inkomster					
	<b>INKOMSTER SAMMANLAGT</b>					
<b>Sökandens underskrift</b>	Jag försäkrar att ovan givna uppgifter är riktiga; ort, tid och sökandens underskrift					
<b>Bilagor</b>	<input type="checkbox"/> Folkpensionsanstaltens intyg över att föräldrapenningsperioden upphört		<input type="checkbox"/> Inkomstverifikat då tilläggsdel söks		<input type="checkbox"/> Intyg av arbetsgivaren	<input type="checkbox"/> Skattekort förmån

VÄND

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 <input type="checkbox"/>
Underskrift	Datum, tjänsteställning, namn och telefonnummer				
	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><b>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.</b></p>				
Andrings- sökande	<p><b>Rättelseyrkande</b></p> <p>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 <b>Invånarnämnden i Finström, Skolvägen 2, 22410 Godby.</b></p>				