



Ansökan om hemvårdsstöd för barn

Landskapslagen om hemvårdsstöd

Grundläggande hemvårdsstöd

Syskontillägg

Flerlingsstöd

Partiellt stöd

Utökat hemvårdsstöd

Hemvårdsstöd för syskon

Utökat flerlingsstöd

Tilläggsdel

Sökande	Släktnamn och förnamn	Personbeteckning	
	Postadress	Telefonnummer	
	Bankkonto/IBAN	E-post	
	Partners/sambos namn	Partners/sambos personbeteckning	
Tidpunkt	Extra föräldraledighet (max 54 dagar)		
	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 och personbeteckning	Vård utanför hemmet	Vård i hemmet
		kommun privat	
		kommun privat	
		kommun privat	
		kommun privat	
Familjens inkomster, ifylls endast om man ansöker om tilläggsdel. Ej vid partiellt stöd.	Skattepliktiga inkomster, uppges	Sökande	Partner/sambo
	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 ovannämnda uppgifter överensstämmer med verkliga förhållanden.		
	Ort	Datum	Underskrift
Bilagor	FPA-intyg över att föräldrapenningsperioden upphört Inkomstverifikat då tilläggsdel söks Intyg av arbetsgivaren Skattekort		

BESLUT			
Tjänsteinnehavarens beslut	Beviljas grundläggande hemvårdsstöd €/mån fr.o.m.	Beviljas utökad hemvårdsstöd €/mån fr.o.m.	Syskontillägg €/mån fr.o.m.
	Hemvårdsstöd för syskon €/mån fr.o.m.	Flerlingsstöd €/mån fr.o.m.	Utökad flerlingsstöd €/mån fr.o.m.
	Tilläggsdel €/mån fr.o.m.	Beviljas partiellt hemvårdsstöd €/mån fr.o.m.	Hemvårdsstöd beviljas ej
Underskrift	Datum, namn, tjänsteställning, telefonnummer och paragraf		
	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 beviljar 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.		
<p>Anvisningar för ändringsyrkande Ändring i detta beslut kan sökas hos besvärsmyndigheten genom skriftligt rättelseyrkande.</p> <p>Myndighet till vilken rättelseyrkande kan framställas samt tid för yrkande av rättelse Skriftligt rättelseyrkande får framställas av den som beslutet avser eller den vars rätt, skyldighet eller fördel direkt påverkas av beslutet.</p> <p>Myndighet hos vilken rättelse yrkas är: Bildningsnämnden i Föglö Tingsvägen 3 22710 Föglö</p> <p>Yrkande ska framställas inom 14 dagar från delfåendet av beslutet. En part anses ha fått del av beslutet sju dagar efter dagen då brevet avsändes, om inte annat påvisas.</p> <p>Rättelseyrkandets innehåll Av rättelseyrkandet ska framgå yrkandet och vad det grundar sig på. Yrkandet ska undertecknas av den som framställer det.</p>			