



ANSÖKAN OM HEMVÅRDSSTÖD FÖR BARN

(LL om hemvårdsstöd)

Ankomstdag: _____

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

ECKERÖ KOMMUN
www.eckero.ax

Sökande	Släktnamn och förnamn		Personbeteckning			
	Postadress		Telefonnummer			
	Bankkonto / IBAN	E-post				
	Makes/makas/samboendes namn		Personbeteckning			
Tidpunkt	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						
Barn i familjen och ordnandet av barnets vård under den tid stödet erhålls	Barnets namn	Personbeteckning	Vård utanför hemmet		Vård i hemmet	
			Kommun		Privat	
			Heltid	Deltid. Antal veckotim		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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		ifylls av kommunen		ifylls av kommunen	
	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 och får kontrolleras; ort, tid och sökandens underskrift					
Bilagor	<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	

BESLUT	Datum för beslutet			Paragraf / /	
Tjänste- innehavarens beslut	Beviljas grundläggande hemvårdsstöd €/mån fr.o.m	Beviljas utökat hemvårds- stöd €/mån fr.o.m	Syskontillägg €/mån fr.o.m	Hemvårdsstöd för syskon €/mån fr.o.m	
	Flerlingsstöd €/mån fr.o.m	Utökat flerlingsstöd €/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	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.				

VÄND

Anvisningar för ändringsyrkande

Ändring i detta beslut kan sökas hos besvärsmyndigheten genom skriftligt rättelseyrkande.

Myndighet till vilken rättelseyrkande kan framställas samt tid för yrkande av rättelse

Skriftligt rättelseyrkande får framställas av den som ett beslut avser eller den vars rätt, skyldighet eller fördel direkt påverkas av beslutet.

Myndighet hos vilken rättelse yrkas är

Socialnämnden i Eckerö
Södra Överbyvägen 8
AX-22270 ECKERÖ

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 något annat påvisas.

Rättelseyrkandets innehåll

Av rättelseyrkandet ska framgå yrkandet och vad det grundar sig på. Yrkandet ska undertecknas av den som framställer det.