

▲ Kultur-, Fritids- och Utbildningsförvaltningen**BARNET**

Efternamn & Tilltalsnamn		Personnummer
Bostadsadress		
Postnummer	Postadress	

FÖRÄLDRAR/SAMMANBOENDE

Bidraget kan endast söka av den som är vårdnadshavare och bor med barnet (samma adress)

Person 1: Efternamn & tilltalsnamn (maka/make/sammanboende/partner)		Personnummer
Person 2: Efternamn & tilltalsnamn (maka/make/sammanboende/partner)		Personnummer
Bostadstelefon	Person 1: Telefon arbete	Person 2: Telefon arbete

VÅRDNADSHAVARE för barnet Person 1 (kryss) Person 2 (kryss) Annan än person 1 eller person 2 ovan (kryss).
Fyll i uppgifterna nedan

Namn på ej sammanboende vårdnadshavare	Personnummer
Bostadsadress	Postadress

Ansökan om vårdnadsbidrag

Fr.o.m. _____ T.o.m. _____

Ansökan om delat vårdnadsbidrag JA NEJ**Vårdnadsbidraget utbetalas till**

Bank	Clearingsnummer	Kontonummer
Kontoinnehavare		Kontoinnehavarens personnummer (obligatorisk uppgift)
Bank	Clearingsnummer	Kontonummer
Kontoinnehavare		Kontoinnehavarens personnummer (obligatorisk uppgift)

UPPGIFT OM EKONOMI**Uppbär vårdnadshavare eller maka/make/sambo/partner någon av följande ersättning**

Föräldrapenning	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Arbetslöshetsersättning	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning (arbetsmarknadsåtgärder)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Sjukpenning eller rehabiliteringspenning	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Sjukersättning eller aktivitetsersättning	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Ålderspension	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Äldreförsörjningsstöd	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utlänningar	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>

Arbetar eller bor någon av föräldrarna i annat EU/EES-land eller Schweiz

Ja Nej

Intyg att 250 dagar av föräldrapenning i samband med barnets födelse har tagits ut enligt sjukpenningnivån eller grundnivån före ansökan om Vårdnadsbidrag

Ja Nej

OBS!

Intyg om ersättning från Försäkringskassan – underlag för kommunalt vårdnadsbidrag och intyg från Arbetslöshetskassan **skall** bifogas

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

Här anger du om du avser att arbeta eller studera samtidigt som du uppbär vårdnadsbidrag och i vilken omfattning detta gäller

Ansökan om vårdnadsbidrag insändes tillsammans med intyg från Försäkringskassan och arbetslöshetskassan till Hörby kommun,
Kultur, Fritids- och Utbildningsförvaltningen
242 80 HÖRBY

UNDERSKRIFTER Vid gemensam vårdnad måste båda vårdnadshavarna underteckna blanketten

Jag/Vi har tagit del av gällande tillämpningsföreskrifter för VÅRDNADSBIDRAG i Hörby kommun.

Kommunen medges rätt att kontrollera uppgifterna.

Härmed försäkras på heder och samveta att uppgifterna är riktiga

Datum	Datum
Namnunderskrift vårdnadshavare	Namnunderskrift vårdnadshavare

Information om behandling av personuppgifter

Era personuppgifter som Ni själv lämnar till barn- och utbildningsnämnden i Hörby kommun eller som barn och utbildningsnämnden vid behov, inhämtar från annat håll, kommer att behandlas i den utsträckning som behövs för att kunna administrera ansökan.

Om Ni vill ha ytterligare besked om hur Era personuppgifter används eller om Ni vill att dessa skall ändras är barn- och utbildningsnämnden tacksam för skriftligt besked om detta.

Skriftligt besked skickas till: Hörby kommun; Kultur-, Fritids- och Utbildningsförvaltningen,
242 80 Hörby

Personuppgiftsansvarig enligt personuppgiftslagen (PuL) är Barn- och utbildningsnämnden.

Kultur-, Fritids- och Utbildningsförvaltningen