

Skickas till Barn- och utbildningskontoret, Box 504, 577 26 Hultsfred
Vid frågor ring 0495-24 11 05

Barn

Efternamn och tilltalsnamn		Personnummer
Adress	Postnummer och ort	

Ansökande vårdnadshavare**Make/maka/sambo/partner – boende på samma adress**

Ansökandes efternamn och tilltalsnamn		Efternamn och tilltalsnamn	
Personnummer	Telefon dagtid	Personnummer	Telefon dagtid
Adress		Postnummer och ort	

Ansöker om vårdnadsbidrag

Fr.o.m.	T.o.m.	Vårdnadsbidraget kan inte sökas för kortare tid än 2 månader. Blanketten skickas in månaden innan ansökan avser.
---------	--------	---

Uppbär ansökande vårdnadshavare eller make/maka/sambo/partner någon av följande ersättningar:

	Ja	Nej
Föräldrapenning med anledning av ett barns födelse (gäller alla barn i familjen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetslöshetsersättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning Vid deltagande i arbetsmarknadspolitiska program	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukpenning eller rehabiliteringspenning Efter det att sådan ersättning lämnats för en tid av 365 dagar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukpenning Under eller omedelbart efter en period när arbetslöshetsersättningen lämnats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukersättning eller aktivitetserättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ålderspension/garantipension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åldreförsörjningsstöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Introduktionsersättning för flyktingar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetar eller bor någon av föräldrarna i annat EU-, EES-land eller Schweiz? Om Ja – ange vilket land	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ansökande vårdnadshavares försäkran och underskrift

<ul style="list-style-type: none">Jag intygar att ovanstående uppgifter är riktiga och att alla förändringar, som kan påverka rätten till vårdnadsbidrag, meddelas till Hultsfreds kommun direkt.Bifogar intyg från Försäkringskassan om att jag/vi tagit ut minst 250 dagars föräldrapenning för mitt/vårt barn. (Försäkringskassans blankett FK 8450)	
Datum	Namnteckning

Önskar att beviljat bidrag sätts in på konto: *)

Bank	Clearingnummer	Kontonummer
------	----------------	-------------

*) Till kommunen inkomna uppgifter kan ev. bli offentlig handling

Information om behandling av personuppgifter enligt personuppgiftslagen:

Vi behandlar dina personuppgifter för att fullgöra vårt uppdrag. Du har rätt till mer information eller få rättelse om uppgifterna är felaktiga. Vänd dig till Personuppgiftsombudet, Box 504, 577 26 Hultsfred, telefon 0495-24 00 00.

Hultsfreds kommuns beslut

<input type="checkbox"/> Beviljas för tidsperioden:	
<input type="checkbox"/> Avslås Motivering vid avslag:	
Datum	Underskrift

Hur man överklagar

Den som vill överklaga beslutet ska skriva till Förvaltningsrätten i Växjö. **Skrivelsen ska dock skickas eller lämnas till den beslutsfattare som har beslutat.**

Överklagandet ska ha kommit in inom tre veckor från den dag då klagande fick del av beslutet. Har ni överklagat i rätt tid kommer överklagandet att skickas vidare till Förvaltningsrätten om inte beslutet innan dess har ändrats av beslutsfattaren så som ni vill ha det.

I skrivelsen ska anges vilket beslut som överklagas, vilken ändring ni begär och varför ni anser att beslutet ska ändras.

Skrivelsen ska vara undertecknad och innehålla era kontaktuppgifter.