

Ansökan om vårdnadsbidrag

Helt bidrag

Delat bidrag - en ansökan per vårdnadshavare

Fylls i av vårdnadshavare som söker vårdnadsbidrag

Barnets namn	Personnummer
Barnets namn	Personnummer
Barnets namn	Personnummer

Personuppgifter sökande

Personuppgifter sammanboende (make/maka/sambo)

Namn	Namn
Personnummer	Personnummer
Adress	Postnummer och ort
Telefon hem	Telefon mobil
Bank, clearingnummer och kontonummer	
Vårdnadsbidraget sökes för perioden	
From (ange år och månad)	Tom (ange år och månad)
Om du tillhör arbetslöshetskassa, ange vilken	Om du tillhör arbetslöshetskassa, ange vilken

Jag/vi försäkrar:

Kryssmarkera

att jag/vi tagit del av de bestämmelser som gäller för vårdnadsbidrag.

att jag/vi inte uppbär någon av de ersättningar som enligt lag inte får utgå för att erhålla vårdnadsbidrag, se rubrik 3 i regler för kommunalt vårdnadsbidrag i Lerums kommun.

att jag/vi, om vårdnadsbidraget beviljas för mitt/vårt barn, omedelbart kommer att meddela förändringar som kan påverka rätten till vårdnadsbidrag.

att jag/vi, vid ingången av perioden för sökt vårdnadsbidrag, har tagit ut minst 250 hela föräldrapenningsdagar på sjukpenningnivå eller grundnivå för det/de barn vi söker vårdnadsbidrag för.

Bifoga intyget "Intyg om ersättning från Försäkringskassan - underlag för kommunalt vårdnadsbidrag"

Jag/vi lämnar mitt/vårt medgivande att Lerums kommun får kontrollera ovanstående uppgifter mot andra myndigheter.

Datum

Underskrift

Underskrift

Blanketten skickas till:

Sektor lärande
443 80 Lerum

Personuppgifterna kommer att behandlas i Lerums Kommuns datasystem. Mer information finns på hemsidan www.lerum.se

Postadress
Lerums kommun
443 80 Lerum

Besöksadress
Centrumpassagen 7

Telefon/ fax
0302-52 10 00 (vx)
0302-52 13 86 (fax)

Webb/ e-post
www.lerum.se
larande@lerum.se

Org.nr 212000-1447
Pg 3 31 43-9
Bg 547-6239