

**VÅRDÖ KOMMUN**

www.vardo.ax

tel. 47900

Vårdöbyvägen 11

**ANSÖKAN OM HEMVÅRDSSTÖD FÖR BARN**

(LL om hemvårdsstöd 2015:68 )

Ankomstdag: \_\_\_\_\_

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

<b>Sökande</b>	Släktnamn och förnamn		Personbeteckning		
	Postadress		Telefonnummer		
	Bankkonto / IBAN		E-post		
	Makes/makas/samboendes namn		Personbeteckning		
<b>Tidpunkt</b>	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 _____					
<b>Barn i familjen</b> och ordnandet av barnets vård under den tid stödet erhålls	<b>Barnets namn</b>	<b>Personbeteckning</b>	<b>Vård utanför hemmet</b>		<b>Vård i hemmet</b>
			<b>Kommun</b>	<b>Privat</b>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Familjens inkomster</b> ifylls <b>endast</b> om man ansöker om tilläggsdel. <b>Ej</b> vid partiellt stöd.	<b>Skattepliktiga inkomster uppges, euro/mån</b>		<b>Sökande</b>		<b>Maka, make, samboende</b>
	Lön och andra förvärvsinkomster				
	Pensioner och livräntor				
	Räntes-, hyres- och andra kapitalinkomster				
	Inkomster av företagsverksamhet				
	Arbetslöshetspenning				
	Andra regelbundna inkomster				
<b>INKOMSTER SAMMANLAGT</b>					
<b>Sökandens underskrift</b>	Jag försäkrar att ovan givna uppgifter är riktiga; ort, tid och sökandens underskrift				
<b>Bilagor</b>	<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	Beviljas utökat hemvårds- stöd €/mån	Syskontillägg €/mån	Hemvårdsstöd för syskon €/mån	
	fr o m	fr o m	fr o m	fr o m	
	Flerlingsstöd €/mån	Utökat flerlingsstöd €/mån	Tilläggsdel €/mån	Beviljas partiellt hemvårdsstöd €/mån	Hemvårdsstöd beviljas ej
	fr o m	fr o m	fr o m	fr o m	<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.**

## 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

**Kommunstyrelsen i Vårdö**  
**Vårdöbyvägen 11**  
**AX-22550 VÅRDÖ**

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.