

Ansökan avser perioden

Datum fr.o.m.	Datum t.o.m.
---------------	--------------

Vårdnadshavare

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Utdelningsadress		
Postnummer	Postadress	
Gatuadress	Telefon (bostad)	
Telefonnummer	Mobilnummer	E-postadress

Sammanboende make/maka eller sambo

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Utdelningsadress		
Postnummer	Postadress	
Gatuadress	Telefon (bostad)	
Telefonnummer	Mobilnummer	E-postadress

Barn som ansökan avser (mer än ett barn anges under "övriga upplysningar")

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Utdelningsadress		
Postnummer	Postadress	
Gatuadress	Telefon (bostad)	

Uttag föräldrapenning

Minst 250 dagars föräldrapenning i samband med barns födelse har tagits ut. <i>Obs! Intyg från försäkringskassan som styrker uppgifterna ska bifogas denna ansökan.</i>	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	------------------------------

Utbetalning av vårdnadsbidraget (Obs! Endast till vårdnadshavares konto)

Kontoförande bank	Clearingnummer	Kontonummer
-------------------	----------------	-------------

Uppgifter om ekonomi

Uppburna ersättningar (vårdnadshavare eller sammanboende make/maka eller sambo)
Förutsättningarna för vårdnadsbidrag är att varken vårdnadshavare eller sammanboende make/maka eller sambo uppbär någon av de uppräknade ersättningarna.



Arbetslöshetsersättning	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Aktivitetsstöd/utvecklingsstöd	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Introduktionsersättning	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Sjukersättning/Aktivitetsersättning	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Sjukpenning/Rehabiliteringspenning, mer än 365 dagar	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Sjukpenning under eller efter period när arbetslöshetsersättning lämnats	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"/>

Uppgifterna om föräldrapenning ska styrkas av intyg från försäkringskassa för vårdnadshavare och sammanboende make/maka eller sambo.

Arbetslöshetskassa

Är vårdnadshavare medlem i arbetslöshetskassa?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Om ja, vilken?
Är sammanboende make/maka eller sambo medlem i arbetslöshetskassa?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Om ja, vilken?

Övriga upplysningar

Upplysning om PUL

De personuppgifter du har lämnat kommer att behandlas i samband med utredningen av din ansökan om vårdnadsbidrag.

Jag har tagit del av villkoren och viktiga upplysningar som gäller för vårdnadsbidrag i Bollebygds kommun. Jag intygar att jag uppfyller samtliga villkor för att kunna beviljas vårdnadsbidrag under den period ansökan avser samt att jag uppgivit korrekta uppgifter. Om förändringar sker som påverkar min rätt till vårdnadsbidrag kommer jag omedelbart att anmäla dessa. Jag ger också mitt tillstånd till att kommunen får inhämta ekonomiska uppgifter om mig från försäkringskassan.

Underskrift

Ort och datum	
Vårdnadshavares underskrift	Sammanboende make/maka eller sambos underskrift