

BARN- OCH UNGDOMSFÖRVALTNINGEN

TUNA TORG 1
 BOX 29, 186 21 VALLENTUNA
 TELEFON VÄXEL 08-587 850 00
 FAX 08-587 849 10

buf@vallentuna.se
 www.vallentuna.se

Ansökan om vårnadsbidrag

De personuppgifter som lämnas på denna blankett kommer att databehandlas i enlighet med personuppgiftslagen (PuL) och endast för det ändamål som blanketten avser. Vid begäran om information eller rättelse av personuppgifter skriv till personuppgiftsombudet vid barn- och ungdomsnämnden (Vallemtuna kommun, Barn- och ungdomsnämndens personuppgiftsombud, Box 29, 186 21 Vallemtuna).

Var vänlig texta eller fyll i uppgifterna elektroniskt. Underskrift måste göras på en pappersutskrift. För att skriva ut blanketten, klicka på dokumentets utskriftsikon.

Personuppgifter

Barnets för- och efternamn	Personnummer (10 siffror)
Folkbokföringsadress (inkl postnr och ort)	Telefonnummer (hem)
Vårdnadshavare som ansöker om vårnadsbidrag, för- och efternamn	Personnummer (10 siffror)
Folkbokföringsadress (om annan än barnets)	Telefonnummer (ev mobil)
Make/maka/sambo till ovanstående vårdnadshavare, för- och efternamn	Personnummer (10 siffror)

Ansökan avser

<input type="checkbox"/> Helt vårnadsbidrag 3 000 kr per barn och månad för barn som inte har plats i förskoleverksamhet.	Från och med (ange månad och år)	Till och med (ange månad och år)
<input type="checkbox"/> Halvt vårnadsbidrag 1 500 kr per barn och månad för barn som har deltidspats omfattande max 15 timmar i förskoleverksamhet.	Från och med (ange månad och år)	Till och med (ange månad och år)

Andra ersättningar enligt lag om vårnadsbidrag

OBS! På förfrågan måste uppgifterna styrkas. Make/maka/sambo är solidariskt ansvariga för varandra även om inte båda är vårdnadshavare för barnet.	Vårdnadshavare		Make/maka/sambo	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetslöshetsersättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föräldrapenning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Introduktionsersättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukersättning eller aktivitetsersättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukpenning eller rehabiliteringspenning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ålderspension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äldreförsörjningsstöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BARN- OCH UNGDOMSFÖRVALTNINGEN

TUNA TORG 1
BOX 29, 186 21 VALLENTUNA
TELEFON VÄXEL 08-587 850 00
FAX 08-587 849 10

buf@vallentuna.se
www.vallentuna.se

Ansökan om vårdnadsbidrag

Föräldrapenning

Vårdnadshavare måste lämna ett intyg från försäkringskassan att föräldrapenning med anledning av barns födelse har utbetalats för sammanlagt minst 250 hela dagar.

Intyg bifogas Ja Nej, komplettering sker inom 10 dagar.

Utbetalning av vårdnadsbidrag till vårdnadshavares konto

Kontoförande bank	Kontonummer inkl clearingnummer
-------------------	---------------------------------

Arbete/boende utomlands

Ange om någon av barnets föräldrar bor och/eller arbetar i annat land.

För- och efternamn	Ange vilket land	Personnummer (10 siffror)
För- och efternamn	Ange vilket land	Personnummer (10 siffror)

I de fall någon av barnets föräldrar bor och/eller arbetar i annat EU-/EES-land eller i Schweiz kommer ansökan även att behandlas av försäkringskassan.

Förändrade förutsättningar

Den som får vårdnadsbidrag är skyldig att utan oskäligt dröjsmål anmäla till kommunen om förutsättningar för vårdnadsbidrag inte längre finns eller om andra förhållanden förändras som påverkar storleken av vårdnadsbidraget. Om du på felaktiga grunder har fått vårdnadsbidrag blir du återbetalningsskyldig.

Vårdnadshavares underskrift

Jag har tagit del av regler och riktlinjer för vårdnadsbidrag och intygar att ovanstående uppgifter är riktiga.

Datum	Ort	Underskrift
-------	-----	-------------

Ansökan skickas till Barn- och ungdomsförvaltningen, Box 29, 186 21 Vallentuna.