LEKSANDS KOMMUN

Lärande och stöd

Leksands kommun
Lärande och stöd
793 80 LEKSAND
Tel. 0247-80173

Ansökan om vårdnadsbidrag

En blankett per barn

Barnets uppgifter	Barnets för- och efternamn		Barnets personnummer (10 siffror)
	Barnets folkbokföringsadress		Postnummer och postadress
Bidrags-period	Jag söker bidrag för tiden, dock minst 60 dagar. OBS! Ansökan kan inte göras retroaktivt. Från och med datum:..... Till och med datum:.....		
Sökandens uppgifter	Vårdnadshavares för- och efternamn		Personnummer (10 siffror)
	Folkbokföringsadress		Telefon dagtid
	Postnummer och postadress		
	Bank	Clearingsnummer	Kontonummer
Samboendes uppgifter	☐ Make/Maka/Sambo/Reg. partnerskap, med: ..... För- och efternamn		..... Personnummer (10 siffror)
Ifylles endast vid delat vårdnadsbi-drag	☐ Jag ska dela vårdnadsbidrag med vårdnadshavare ..... För- och efternamn ***Observera att den andra vårdnadshavaren också måste lämna en ansökan.***		..... Personnummer (10 siffror)

Uppgifter om ersättningar

☐ Jag/vi har använt 250 dagar av föräldrapenningen för det barn jag söker bidrag för.
Intyg från Försäkringskassan ska bifogas

Uppbär jag eller min samboende make/maka, sambo, registrerade partner någon av följande ersättningar:

Ja	Nej	
☐	☐	Föräldrapenning, vare sig för barnet eller dess syskon
☐	☐	Arbetslöshetsersättning
☐	☐	Aktivtetsstöd eller utvecklingsersättning
☐	☐	Sjukpenning eller rehabiliteringspenning som lämnats för en tid av 365 dagar
☐	☐	Sjukpenning under eller omedelbart efter period när arbetslöshetsersättning lämnats
☐	☐	Sjuk- eller aktivitetsersättning
☐	☐	Ålderspension
☐	☐	Äldreförsörjningsstöd
☐	☐	Introduktionsersättning

Om dina eller din familjs förutsättningar ändras så att ni inte är berättigad till vårdnadsbidrag ska detta meddelas omedelbart till kommunen.
På förfrågan måste uppgifterna ovan kunna styrkas. Kommunen kräver tillbaka felaktigt utbetalt bidrag.

Uppgifter om A-kassa

Uppge vilken arbetslöshetskassa du/ni tillhör (intyg från A-kassan ska bifogas)

..... Vårdnadshavare
☐ Tillhör ingen A-kassa

..... Samboende
☐ Tillhör ingen A-kassa

Försäkran och underskrift

Jag/vi försäkrar att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och riktiga.

Jag/vi godkänner att Lärande och stöd får inhämta och kontrollera nödvändiga uppgifter från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Arbetslöshetskassa och kommunens förvaltningar.

Ovanstående intygas

Ort och datum	Underskrift sökande	Underskrift samboende
.....	.....	.....

Skickas till Lärande och stöd, se adress ovan.

Information med anledning av personuppgiftlagen (PuL):
Dina personuppgifter används för administration av barnomsorgsverksamheten. Om du vill ha ytterligare information om hur dina personuppgifter behandlas eller om du vill att dessa ändras är vi tacksamma för skriftligt besked om detta, adress ovan.