Kökars kommun

ANSÖKAN OM HEMVÅRDSSTÖD FÖR BARN

(LL om hemvårdsstöd)

Ankomstdag: _____

☐ **Grundläggande hemvårdsstöd** ☐ **Utökat hemvårdsstöd** ☐ **Tilläggsdel**

☐ **Syskontillägg** ☐ **Hemvårdsstöd för syskon** ☐ **Partiellt stöd**

☐ **Flerlingsstöd** ☐ **Utökat flerlingsstöd**

Sökande	Släktnamn och förnamn			Personbeteckning	
	Postadress			Telefonnummer	
	Bankkonto / IBAN		E-post		
	Makes/makas/samboendes namn			Personbeteckning	
Tidpunkt	Extra föräldraledighet (max 54 dgr) ☐ Ja, datum _____ ☐ Meddelar senare ☐ Nej				
	Ansöker om stöd fr o m				
Barn i familjen och ordnandet av barnets vård under den tid stödet erhålls	**Barnets namn**	**Personbeteckning**	**Vård utanför hemmet** **Kommun**	**Privat**	**Vård i hemmet**
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
Familjens inkomster ifylls **endast** om man ansöker om tilläggsdel. **Ej** vid partiellt stöd.	**Skattepliktiga inkomster uppges, euro/mån**		**Sökande**		**Maka, make, samboende**
	Lön och andra förvärvsinkomster				
	Pensioner och livräntor				
	Räntes-, hyres- och andra kapitalinkomster				
	Inkomster av företagsverksamhet				
	Arbetslöshetspenning				
	Andra regelbundna inkomster				
	INKOMSTER SAMMANLAGT				
Sökandens underskrift	Jag försäkrar att ovan givna uppgifter är riktiga; ort, tid och sökandens underskrift				
Bilagor	☐ Folkpensionsanstaltens intyg över att föräldrapenningsperioden upphört	☐ Inkomstverifikat då tilläggsdel söks	☐ Intyg av arbetsgivaren	☐ Skattekort förmån	

VÄND

BESLUT	**Datum för beslutet**			**Paragraf**	
Tjänste-innehavarens beslut	Beviljas grundläggande hemvårdsstöd €/mån fr o m	Beviljas utökat hemvårds-stöd €/mån fr o m	Syskontillägg €/mån fr o m	Hemvårdsstöd för syskon €/mån fr o m	
	Flerlingsstöd €/mån fr o m	Utökat flerlingsstöd €/mån fr o m	Tilläggsdel €/mån fr o m	Beviljas partiellt hemvårdsstöd €/mån fr o m	Hemvårdsstöd beviljas ej ☐
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

Omsorgsnämnden i Kökar
Kommunkansliet
AX-22730 Kökar

Ansökan skickas till :

Omsorgschef Camilla Enberg
Kommunkansliet
22730 Kökar

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.

Behandling av personuppgifter:

De personuppgifter du lämnar på denna blankett används för att möjliggöra Kökar kommuns administration av ditt ärende.

För frågor om eller ändring av personuppgifter i datasystemet, ta kontakt med dataskydd@kokar.ax.

Observera att vi på grund av dataskyddet inte tar emot ansökningar via vanlig e-post. Detta är för att skydda dina personliga uppgifter som gäller hälsa och sjukdom och andra uppgifter om dig.