

Ansökan om vårdnadsbidrag

Ansökan skickas till:
Sektor Skola
Box 574
442 16 Kungälv

Ansökan avser perioden

Datum fr. o. m	Datum t. o. m	Obs! Vårdnadsbidraget beviljas endast för hela kalendermånader
----------------	---------------	---

Vårdnadshavare

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Postort och land
Telefonnummer	Mobilnummer	E-postadress

Make/Maka/Sambo

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Postort och land
Telefonnummer	Mobilnummer	E-postadress

Barnet som ansökan avser

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Postort och land

Minst 250 dagars föräldrapenning i samband med barnets födelse har tagits ut.

Obs! Intyg från försäkringskassan som styrker uppgifterna skall bifogas denna ansökan.

Ja

Nej

Bor eller arbetar någon av barnets föräldrar i ett EU/EES-land eller Schweiz?

Ja Nej

Om ja, redovisa din familjs situation på ett separat blad och skicka in det som bilaga till denna ansökan. Uppge följande:

- vilken nationalitet föräldrarna och barnet har
- hur föräldrarna försörjer sig (samtliga inkomster)
- barnets födelsedatum om inte svenskt personnummer finns
- om barnet har plats inom den offentligt finansierade barnomsorgen i landet där barnet bor. Mer information om EU-familjeförmåner finns på [forsakringskassans hemsida](http://forsakringskassans.hemsida.se). (www.forsakringskassan.se/privatpers/)

Utbetalning av vårdnadsbidraget (Obs! Endast till vårdnadshavarens konto)

Bankens namn	Clearingnummer	Kontonummer
--------------	----------------	-------------

De uppgifter Du lämnar kommer att föras in i en databas, för att kommunen skall kunna använda uppgifterna vid administration av vårdnadsbidrag. Uppgifterna kommer att behandlas i enlighet med bestämmelserna i personuppgiftslagen (PUL).

Jag har tagit del av reglerna som gäller för kommunalt vårdnadsbidrag i Kungälv kommun.

Jag intygar att jag uppfyller samtliga villkor för att kunna beviljas vårdnadsbidrag i Kungälv kommun, att jag har uppgivit korrekta uppgifter samt att jag omedelbart kommer att anmäla förändrade villkor.

Ort och datum

Ort och datum

Vårdnadshavarens underskrift

Vårdnadshavarens ev. make/maka/sambos underskrift

SKOLA 200903



ADRESS Box 574, 442 16 Kungälv
TELEFON 0303-23 97 28
FAX 0303-631 85
EPOST skola@kungalv.se
HEMSIDA www.kungalv.se

