



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

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Postort

Ansökan avser perioden

Datum fr o m	Datum t o m	OBS! Vårnadsbidraget beviljas endast för hela kalendermånader
--------------	-------------	---

Vårnadsdavare

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Postort
Telefonnummer	Mobilnummer	E-postadress

Make/Maka/Sambo

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Postort
Telefonnummer	Mobilnummer	E-postadress

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

OBS! Intyg från försäkringskassan avseende båda vårdnadshavarna ska bifogas denna ansökan för att styrka uppgifterna.

Utbetalning av vårdnadsbidraget (OBS endast till vårdnadshavarens konto)

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

Uppgifter om ekonomi

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

Föräldrapenning för barnet eller dess syskon	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Sjukersättning/Aktivitetsersättning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Sjukpenning/Rehabiliteringsersättning, mer än 365 dagar	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Arbetslöshetsersättning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Aktivitetsstöd/Utvecklingsstöd	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Introduktionsersättning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Äldreförsörjningsstöd	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Ålderspension	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Sjukpenning under eller efter period när arbetslöshetsersättning lämnats	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Uppgifterna om föräldrapenning skall styrkas av intyg från försäkringskassan för vårdnadshavare och make/maka/sambo.

Är vårdnadshavare medlem i arbetslöshetskassa	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja. Vilken?
Är make/maka/sambo medlem i arbetslöshetskassa	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja. Vilken?

Övriga uppgifter

--

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 uppgifter som gäller för vårdnadsbidrag i Sävsjö kommun. Jag intygar att jag uppfyller samtliga villkor för att kunna beviljas vårdbidrag i Sävsjö kommun under den period som jag ansöker om samt att jag har uppgivit korrekta uppgifter. Om förändringar sker som påverkar rätt till vårdnadsbidrag kommer jag omedelbart att anmäla dessa. Jag ger också mitt tillstånd till kommunen för att inhämta ekonomiska uppgifter om mig från försäkringskassan.

..... Vårdnadshavarens underskrift Make/Maka/Sambo
..... Ort och datum Ort och datum