



# ÅRJÄNGS KOMMUN

Barn- utbildningsnämnden  
Box 902  
672 29 ÅRJÄNG  
Handläggare M-L Sandgren 0573-141 48  
Handläggare I-L Andersson 0573-141 47

## ANSÖKAN OM VÅRDNADSBIDRAG

### Ansökan avser perioden

|              |             |  |
|--------------|-------------|--|
| Datum fr o m | Datum t o m | <i>OBS! Vårdsnadsbidraget beviljas endast för hela kalendermånader, och minst 3 månader.</i> |
|--------------|-------------|--|

### Vårtnadshavare

|                  |             |              |
|------------------|-------------|--------------|
| Efternamn        | Förnamn     | Personnummer |
| Utdelningsadress | Postnummer  | Postort      |
| Telefonnummer    | Mobilnummer | E-postadress |

### Make/Maka/Sambo

|                  |             |              |
|------------------|-------------|--------------|
| Efternamn        | Förnamn     | Personnummer |
| Utdelningsadress | Postnummer  | Postort      |
| Telefonnummer    | Mobilnummer | E-postadress |

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

|                  |            |              |
|------------------|------------|--------------|
| Efternamn        | Förnamn    | Personnummer |
| Utdelningsadress | Postnummer | Postort      |

Minst 250 dagars föräldrapenning i samband med barnets födelse har tagits ut.  Ja  Nej  
Obs! Intyg från försäkringskassan som styrker uppgifterna ska bifogas denna ansökan. Blankett 8450

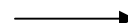
Bor eller arbetar någon av barnets föräldrar i ett annat EU/EES-land eller Schweiz?  Ja  Nej  
Om ja skall intyg bifogas att bidrag från annat land inte utnyttjas.  
Ange land :

### Utbetalning av vårdsnadsbidraget (OBS! Endast till en vårtnadshavares konto)\*

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

\* till kommunen inkomna uppgifter kan ev. bli offentlig handling

Vänd



## Uppgifter om ekonomi

Uppburna ersättningar (vårdnadshavare eller maka/make/sambo)

Förutsättningarna för vårdnadsbidrag är att varken vårdnadshavare eller make/maka/sambo uppbär någon av följande ersättningar.

Föräldrapenning för barnet eller dess syskon

Ja

Nej

Arbetslöshetsersättning

Ja

Nej

Aktivitetsstöd/Utvecklingsstöd

Ja

Nej

Introduktionsersättning för flyktingar eller vissa andra utlänningar

Ja

Nej

Sjukersättning/Aktivitetsersättning

Ja

Nej

Sjukpenning/Rehabiliteringspenning, mer än 365 dagar

Ja

Nej

Sjukpenning under eller efter period när arbetslöshetsersättning lämnats

Ja

Nej

Ålderspension /Garantipension

Ja

Nej

Äldreförsörjningsstöd

Ja

Nej

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

Är vårdnadshavare medlem i arbetslöshetskassa

Nej

Ja. Vilken.....

Är make/maka/sambo medlem i arbetslöshetskassa

Nej

Ja. Vilken .....

## Övriga upplysningar

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 upplysningar som gäller för vårdnadsbidrag i Årjängs kommun. Jag intygar att jag uppfyller samtliga villkor för att kunna beviljas vårdnadsbidrag i Årjängs kommun under den period 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 mej från försäkringskassan.**

.....  
Vårdnadshavares underskrift

.....  
Make/maka/sambo

.....  
Ort och datum

.....  
Ort och datum

## Årjängs kommuns beslut

Beviljas för tidsperiod:

Avslås

Datum

Underskrift