



ÅRJÄNGS KOMMUN

Barn- och utbildningsnämnden
Box 902
672 29 Årjäng
Handläggare: M-L Sandgren
Handläggare I-L Andersson

VÅRDNADSBIDRAG

MEDDELANDE OM ÄNDRING eller UPPSÄGNING

Skickas till:

ÅRJÄNGS KOMMUN
Barn- och Utbildningsnämnden
Box 902
672 29 Årjäng

Uppsägning av vårdnadsbidrag från och med

Datum

Barn

Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer
----------------------------	--------------

Bidragsmottagare

Efternamn och tilltalsnamn	
Personnummer	Telefon dagtid
Adress	
Postnr	Postort

MEDDELANDE

eller/

UPPSÄGNING

Ange nedan vilka uppgifter i Din tidigare ansökan som förändrats. T.ex. om Du eller make/maka/sambo/partner börjat uppbära någon av de ersättningar som påverkar rätten till vårdnadsbidrag	Ange orsak till uppsägning Nytt vårdnadsbidrag för barnet kan beviljas tidigast fem månader efter den månad för vilket bidraget senast lämnades (karenstid)

Bidragsmottagarens underskrift

Datum	Namnteckning
-------	--------------