



SVEDALA KOMMUN

ANSÖKAN VÅRDNADSBIDRAG

Ansöker om vårdnadsbidrag från och med
OBS: Ansökan kan inte göras retroaktivt.
Ansökan avser följande barn

Från och med	Till och med
--------------	--------------

Namn	Personnummer
Namn	Personnummer
Namn	Personnummer

Ansökande vårdnadshavare

Make/maka/sambo boende på samma adress

Ansökande för- och efternamn		För- och efternamn	
Personnummer	Telefon	Personnummer	Telefon
E-post		E-post	
Adress		Postnummer och ort	

Uppbär den sökande vårdnadshavare eller make/maka/sambo någon av följande ersättningar

Arbetslöshetsersättning	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Aktivitetsstöd eller utvecklingsstöd	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Sjukpenning eller rehabiliteringspenning	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Sjukersättning eller aktivitetsersättning	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Ålderspension eller garantipension	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Äldreförsörjningsstöd	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Introduktionsersättning för flyktingar	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Arbetar eller bor någon av föräldrarna i annat EES-land eller Schweiz	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>

Föräldrapenning

Minst 250 dagar av föräldrapenning i samband med barnets födelse har tagits ut	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
--	----	--------------------------	-----	--------------------------

Intyg om föräldrapenning från Försäkringskassan – benämnt "Underlag för kommunalt vårdnadsbidrag", skall bifogas ansökan.

Vårdnadsbidraget önskas utbetalas enligt nedan

Kontoförande bank	Clearingnummer	Bankkonto/personkonto
Kontohavarens efternamn	Kontohavarens förnamn	Kontohavarens personnummer

Vårdnadshavarens underskrift

Jag intyggar att ovanstående uppgifter är riktiga. Jag är medveten om att eventuella förändringar som kan påverka rätten till vårdnadsbidrags omgående ska meddelas Svedala kommun, Utbildning

Datum	Ort
Namnteckning	Namnförtydligande

Svedala kommuns beslut

<input type="checkbox"/> Beviljas för tidsperiod	<input type="checkbox"/> Avslås	
Datum	Underskrift	Namnförtydligande

Blanketten skickas till Svedala kommun, Utbildning, 233 80 Svedala