



kumlinge.ax

ANSÖKAN OM HEMVÅRDSSTÖD

LL (2015:68) om hemvårdsstöd

Ankomstdag: _____

- Grundläggande hemvårdsstöd Utökad hemvårdsstöd
 Flerlingsstöd Utökad flerlingsstöd Tilläggsdel
 Syskontillägg Hemvårdsstöd för syskon Partiellt stöd

Sökande	Släktnamn och förnamn		Personbeteckning		
	Postadress		Telefonnummer		
	Bankkonto / IBAN	E-post			
	Makes/makas/samboendes namn		Personbeteckning		
Tidpunkt	Extra föräldraledighet (max 54 dgr)				
	<input type="checkbox"/> Ja, datum _____		<input type="checkbox"/> Meddelar senare		
	<input type="checkbox"/> Nej				
	Ansöker om stöd fr o m _____				
Barn i familjen och ordnandet av barnets vård under den tid stödet erhålls	Barnets namn	Personbeteckning	Vård utanför hemmet		Vård i hemmet
			Kommun	Privat	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familjens inkomster ifylls endast om man ansöker om tilläggsdel vid partiellt stöd.	Skattepliktiga inkomster uppges, euro/mån		Sökande		Maka, make, samboende
	Lön och andra förvärsinkomster				
	Pensioner och livräntor				
	Ränte-, hyres- och andra kapitalinkomster				
	Inkomster av företagsverksamhet				
	Arbetslöshetspenning				
	Andra regelbundna inkomster				
	INKOMSTER SAMMANLAGT				
Sökandens underskrift	Jag försäkrar att ovan givna uppgifter är riktiga; ort, tid och sökandens underskrift				
Bilagor	Folkpensionsanstaltens intyg över att föräldrapenningsperioden upphört		Inkomstverifikat		Intyg av arbetsgivaren
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> då tilläggsdel söks		<input type="checkbox"/>
					Skattekort förmån
					<input type="checkbox"/>

BESLUT	Datum för beslutet			Paragraf	
Tjänste- innehavarens beslut	Beviljas hemvårdsstödet grunddel €/mån fr o m	Beviljas hemvårdsstödet ut- ökade grunddel €/mån fr o m	Flerlingsstöd €/mån fr o m	Utökat flerlingsstöd €/mån fr o m	
	Syskontillägg €/mån fr o m	Hemvårdsstöd för syskon €/mån fr o m	Tilläggsdel €/mån fr o m	Beviljas partiellt hemvårdsstöd €/mån fr o m	Hemvårdsstöd beviljas ej <input type="checkbox"/>
Underskrift	Datum, tjänsteställning, namn och telefonnummer				
	Detta beslut har sänts till Datum då beslutet delgivits				
Motiveringar	Beslutet är i kraft så länge förutsättningarna för erhållande av stödet är de som framlagts i ansökan. Meddelande om tidpunkten då utbetalningen av stödet upphör samt om grunderna för stödet fås från den myndighet som beviljat stödet. Mottagaren av hemvårdsstöd är skyldig att meddela om det inträffar förändringar angående förutsättningarna för erhållande av stödet. Om man inte meddelar leder det till att det stöd som betalats för mycket återindrivs.				
Ändrings- sökande	Rättelseyrkande Den som är missnöjd med detta beslut har rätt att yrka på rättelse av beslutet hos socialnämnden. Yrkandet om rättelse ska göras i skriftlig form inom 14 dagar från det att den missnöjde fått del av beslutet. Delgivningen anses, om inte annat visas, ha ägt rum den sjunde dagen efter det beslutet har inlämnats till posten för befordran. Yrkandet om rättelse tillställs socialnämnden under adress Socialnämnden i Kumlinge Kommunkansliet AX-22820 Kumlinge				