

Ansökan om vårdnadsbidrag

Jag/vi ansöker om vårdnadsbidrag för

Bidrag önskas under perioden

Barnets namn	Barnets personnummer	Från och med (åååå-mm)	Till och med (åååå-mm)
--------------	----------------------	------------------------	------------------------

Vi beräknar att ha tagit ut 250 dagar föräldrapenning med anledning av barns födelse.	Ja <input type="checkbox"/>	Datum
---	---------------------------------------	--------------

Kommer du/ni att få någon av följande ersättningar under samma tid som ni begär vårdnadsbidrag?	Vårdnadshavare 1		Vårdnadshavare 2 /make/maka/sambo	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Föräldrapenning med anledning av barns födelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetslöshetsersättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukpenning eller rehabiliteringspenning mer än 365 dagar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukpenning under/direkt efter en period av arbetslöshetsersättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjukersättning eller aktivitetsersättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ålderspension/Åldreförsörjningsstöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Introduktionsersättning (flyktingar/invandrare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vårdnadshavare 1 namn	Personnummer	Vårdnadshavare 2 eller make/maka/sambo namn	Personnummer
Adress	Telefon	Adress	Telefon
Postnr	Postadress	Postnr	Postadress
Ange eventuell arbetslöshetskassa		Ange eventuell arbetslöshetskassa	
Jag ger samtycke till att barn- och ungdomsförvaltningen hämtar personuppgifter om mig från utbildningsnämnden, arbetslöshetskassa, arbetsförmedlingen och försäkringskassan.	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Jag ger samtycke till att barn- och ungdomsförvaltningen hämtar personuppgifter om mig från utbildningsnämnden, arbetslöshetskassa, arbetsförmedlingen och försäkringskassan.
			Ja <input type="checkbox"/>
			Nej <input type="checkbox"/>

Vi önskar att vårdnadsbidraget utbetalas helt till en vårdnadshavare, ange kontonummer nedan.

Vi önskar att vårdnadsbidraget utbetalas med 50 procent till vardera vårdnadshavare, ange kontonummer nedan.

Kontohavare	Clearingnummer	Kontonummer	Bank
Kontohavare	Clearingnummer	Kontonummer	Bank

----- Datum

----- Underskrift vårdnadshavare 1

----- Underskrift vårdnadshavare 2/make/maka/sambo

ANSÖKAN SKICKAS TILL: Marks kommun, Barn och utbildningsförvaltningen, 511 80, Kinna.

Personuppgiftslagen (PuL): När du lämnar in en ansökan om vårdnadsbidrag innebär det att dina uppgifter kommer att behandlas elektroniskt av kommunen för att handlägga ditt ärende. Genom att lämna dessa uppgifter samtycker du till personuppgiftsbehandlingen. Uppgifterna behandlas enligt de regler som finns i personuppgiftslagen (1998:204). Du har rätt att få information från barn- och utbildningsnämnden i Marks kommun, 511 80 KINNA, om behandlingen av de personuppgifter som rör dig. Om uppgift om dig är felaktig har du rätt att begära rättelse.

All information som lämnas till barn och utbildningsförvaltningen i samband med ansökan om vårdnadsbidrag kan bli offentligt.

Kontroller av de inlämnade uppgifterna kan utföras av Marks kommun.