

ANSÖKAN OM VÅRDNADSBIDRAG

En blankett per barn

Barnets uppgifter	Barnets för- och efternamn	Barnets personnummer (10 siffror)	
	Barnets folkbokföringsadress (gata/postlåda/box)	Postnummer och postadress	
Bidragsperiod	Jag söker bidrag för tiden, dock minst 3 månader. OBS! Ansökan kan inte göras retroaktivt.		
	From datum	Tom datum	Maximalt 12 månader
Sökandens uppgifter	Vårdnadshavares för- och efternamn	Personnummer (10 siffror)	
	Folkbokföringsadress (gata/postlåda/box)	Telefon dagtid	
	Postnummer och postadress		
	Bank	Clearingnummer	Kontonummer
Samboende uppgifter	<input type="checkbox"/> Ensamstående <input type="checkbox"/> Make/Maka/Sambo/Reg. partnerskap med		
	För- och efternamn	Personnummer (10 siffror)	
Uppgifter om ersättningar	<input type="checkbox"/> Jag/Vi har använt 250 dagar av föräldrapenningen för det barn jag söker bidrag för		
	<p>Intyg från försäkringskassan ska bifogas</p> <p>Uppbär jag eller min samboende maka/make, sambo, registrerad partner någon av följande ersättningar: JA NEJ</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Föräldrapenning för barnet eller dess syskon <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arbetslöshetsersättning <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sjukpenning eller rehabiliteringspenning över 365 dagar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sjukersättning under eller omedelbart efter period när arbetslöshetsersättning lämnats <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sjuk- eller aktivitetsersättning <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ålderspension <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Äldreförsörjningsstöd <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Introduktionsersättning		
Om dina eller din familjs förutsättningar ändras så att Ni inte är berättigade till vårdnadsbidrag ska detta meddelas omedelbart till kommunen. På förfrågan måste uppgifterna ovan kunna styrkas. Kommunen kräver tillbaka falaktigt utbetalt bidrag.			
Uppgifter om A-kassa	Uppge vilken arbetslöshetskassa Du/Ni tillhör		
	Sökande: <input type="checkbox"/> Tillhör ingen A-kassa	Vårdnadshavare 2/Samboende <input type="checkbox"/> Tillhör ingen A-kassa	
<p>Försäkran och underskrift</p> <p>Jag/Vi försäkrar att ovan lämnade uppgifter är fullständiga och riktiga. Jag/Vi godkänner att Gagnefs kommun får inhämta och kontrollera nödvändiga uppgifter från försäkringskassa, arbetsförmedling, arbetslöshetskassa och kommunens förvaltning. Personuppgifter kommer att registreras i Gagnefs kommuns datasystem i enlighet med personuppgiftslagen, se sid 2</p> <p>Ovanstående intygas</p>			
Ort och datum	_____	_____	_____
	Underskrift sökande	Underskrift vårdnadshavare 2/samboende	

Vänd →

Övriga upplysningar

Ifylles av kommunen

Kommunstyrelsens – BESLUT

Beviljas för tiden

Underskrift: _____

enligt delegation

_____ Datum

Avslås

Skäl för avslaget:

De uppgifter som du lämnar kommer att registreras i Gagnefs kommuns dataregister och användas för ärendets hantering. Uppgifterna behandlas i enlighet med bestämmelserna i personuppgiftslagen (PUL). Du avgör själv om du vill lämna några uppgifter till oss och har även rätt att begära rättelse av felaktiga personuppgifter. Du har rätt att en gång per kalenderår, efter skriftligt undertecknad ansökan ställd till oss, få veta vilka personuppgifter vi behandlar om dig.

**Blanketten sändes till: Gagnefs kommun
785 80 Gagnef**

Postadress

Gagnefs kommun
785 80 Gagnef

Besöksadress

Färjbacksvägen 5
Djurås

Växel

0241-15100

Fax

0241-15101

E-post

info@gagnef.se

Hemsida

www.gagnef.se

Bankgiro

472-4134

Org.nr.

212000-2155