



Jomala kommun  
www.jomala.ax

## ANSÖKAN OM HEMVÅRDSSTÖD FÖR BARN

landskapslag (ÅFS 2015:68) om hemvårdsstöd

Ankomstdag: \_\_\_\_\_

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

<b>Sökande</b>	Släktnamn och förnamn		Personbeteckning		
	Adress		Telefonnummer		
	Bankkonto / IBAN		E-post		
	Makes/makas/samboendes namn		Personbeteckning		
	Extra föräldraledighet (faderskapsledighet) max 54 dgr				
	<input type="checkbox"/> Ja, när		<input type="checkbox"/> Nej		
<b>Tidpunkt</b>	Ansöker om stöd fr o m				
<b>Barn i familjen</b> och ordnandet av barnets vård under den tid stödet erhålls	<b>Barnets namn</b>	<b>Personbeteckning</b>	<b>Vård utanför hemmet</b>		<b>Vård i hemmet</b>
			<b>Kommun</b>	<b>Privat</b>	
			<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"/>
<b>Familjens inkomster</b> ifylls <b>endast</b> om man ansöker om tilläggsdel. <b>Ej</b> vid partiellt stöd.	<b>Skattepliktiga inkomster uppges, euro/mån</b>		<b>Sökande</b>	<b>Maka, make, samboende</b>	
	Lön och andra förvärvsinkomster				
	Pensioner och livräntor				
	Räntes-, hyres- och andra kapitalinkomster				
	Inkomster av företagsverksamhet				
	Arbetslöshetspenning				
	Andra regelbundna inkomster				
	<b>INKOMSTER SAMMANLAGT</b>				
<b>Sökandens underskrift</b>	Jag försäkrar att ovan givna uppgifter är riktiga; ort, datum och sökandens underskrift				
<b>Bilagor</b>	Folkpensionsanstaltens beslut om		<input type="checkbox"/> Löneintyg	<input type="checkbox"/> Intyg av arbetsgivaren	<input type="checkbox"/> Skattekort
	<input type="checkbox"/> föräldrapenningen		<input type="checkbox"/> då tilläggsdel söks	<input type="checkbox"/> (utökat stöd)	<input type="checkbox"/> för förmån
<b>Övrigt</b>	<input type="checkbox"/> Någondera förälder har arbetsgivare utom Åland				

BESLUT	Datum för beslutet			Paragraf	
Tjänste- innehavarens beslut	Beviljas grundläggande hemvårdsstöd €/mån fr o m	Beviljas utökat hemvårds- stöd €/mån fr o m	Syskontillägg €/mån fr o m	Hemvårdsstöd för syskon €/mån fr o m	
	Flerlingsstöd €/mån fr o m	Utökat flerlingsstöd €/mån fr o m	Tilläggsdel €/mån fr o m	Beviljas partiellt hemvårdsstöd €/mån fr o m	Hemvårdsstöd beviljas ej <input type="checkbox"/>
Motivering	Du har beviljats hemvårdsstöd i enlighet med landskapslag (ÅFS 2015:68) om hemvårdsstöd eftersom Du uppfyller kriterierna som framgår av ovan nämnda lagrum.				
Underskrift	Datum, tjänsteställning, namn och telefonnummer				
Information	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. <b>Mottagaren av hemvårdsstöd är skyldig att meddela om det inträffar förändringar angående förutsättningarna för erhållande av stödet. Om man inte meddelar förändringar leder det till att det ev. stöd som betalats för mycket återkrävs i enlighet med landskapslagen om hemvårdsstöd.</b>				

## Anvisning för rättelseyrkande

Den som är missnöjd med detta tjänstemannabeslut kan yrka om rättelse. Beslutet tas då upp i det organ som är ansvarigt för beslutet och prövas på nytt.

Rättelseyrkande får lämnas av den som ett beslut avser eller den vars rätt, skyldighet eller fördel direkt påverkas av beslutet (part) samt av kommunmedlemmar

Rättelseyrkandet ska lämnas in inom fjorton dagar från delfåendet (då man fick ta del av beslutet). En part anses ha fått ta del av beslutet sju dagar efter dagen då brevet avsändes eller tre dagar efter att ett e-postmeddelande med beslutet skickades, om inte något annat påvisas.

Rättelseyrkandet ska innehålla ändringsyrkande (hur man vill att beslutet ska ändras) och vad det grundar sig på (varför beslutet ska ändras).

Rättelseyrkande skickas till:

**Kommunstyrelsen i Jomala**

**Pb 2**

**AX-22 151 Jomala**

eller

info@jomala.ax

**Beslutets delgivning**

Beslutet har den \_\_ / \_\_ 20\_\_ skickats till