

## Ansökan om vårdnadsbidrag

**OBS! Till denna ansökan ska bifogas intyg från Försäkringskassan från båda föräldrarna;  
”Intyg om ersättning från Försäkringskassan – underlag för kommunalt vårdnadsbidrag”**

**Ansökningsperiod** (kortaste period som kan beviljas är två månader)

**Var vänlig texta**

Från och med (år-månad-dag) Till och med (år-månad-dag)

### Uppgift angående föräldrapenning

Ingen av sökande uppbär föräldrapenning för något barn i familjen (Intyg från Försäkringskassan bifogas)

### Uppgifter om barn

Efternamn	Förnamn	Personnummer (10 siffror)
Bostadsadress	Postnummer	Ort
<input type="checkbox"/> Önskar kvarstå i barnomsorgskön		

### Uppgifter om vårdnadshavare 1

Efternamn	Förnamn	Personnummer (10 siffror)
Bostadsadress	Postnummer	Ort
Telefon dagtid	Mobiltelefon	
E-post		

### Uppgifter om eventuellt sammanboende, ej vårdnadshavare

Efternamn	Förnamn	Personnummer (10 siffror)
Bostadsadress	Postnummer	Ort
Telefon dagtid	Mobiltelefon	
E-post		

### Uppgifter om vårdnadshavare 2

Efternamn	Förnamn	Personnummer (10 siffror)
Bostadsadress	Postnummer	Ort
Telefon dagtid	Mobiltelefon	
E-post		

### Uppgifter om eventuellt sammanboende, ej vårdnadshavare

Efternamn	Förnamn	Personnummer (10 siffror)
Bostadsadress	Postnummer	Ort
Telefon dagtid	Mobiltelefon	
E-post		

**Undertecknad har tagit del av ovanstående uppgifter, godkänner att barn- och ungdomssektorn kontrollerar uppgifter med andra myndigheter samt intygar på heder och samvete att lämnade uppgifter är korrekta och sanningsenliga**

Datum och ort	Namnunderskrift vårdnadshavare 1
Datum och ort	Namnunderskrift eventuellt sammanboende, ej vårdnadshavare
Datum och ort	Namnunderskrift vårdnadshavare 2
Datum och ort	Namnunderskrift eventuellt sammanboende, ej vårdnadshavare

### Vårdnadsbidraget önskas utbetalas enligt nedan

Kontoinnehavarens namn	Personnummer
Kontoförande bank	
Bankkonto (inkl clearingsnummer)	

### Beslut ansvarig handläggare (ifylles ej av sökande)

<input type="checkbox"/> Intyg om föräldrapenning bifogat	Noteringar	
<input type="checkbox"/> Ansökan beviljas Datum	Beviljas från och med	Beviljas till och med
<input type="checkbox"/> Ansökan avslås Datum	Skäl för avslag	
Underskrift		

### Överklagande

Enligt lagen om kommunalt vårdnadsbidrag 13 § gäller: "Beslut i ett ärende om vårdnadsbidrag enligt denna lag för överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Prövotillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten."

**Ansökan skickas till:**  
Barn- och ungdomssektorn  
Administrativa enheten  
575 80 Eksjö

**Kontaktpersoner:**  
Åsa Fredriksson  
fda@eksjo.se  
Tfn 0381-360 00 (vxl)

Helen Davidsson  
dah@eksjo.se  
Tfn 0381-360 00 (vxl)