



ÖCKERÖ KOMMUN

## Ansökningsblankett vårdnadsbidrag

Barnets namn \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

Sökande: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

Sammanboende: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_  
(make/maka/sambo)

Adress: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Bank, clearingsnr och kontonr: \_\_\_\_\_

Jag önskar bidrag from: \_\_\_\_\_ (ange år och månad) och ev. Tom: \_\_\_\_\_

Öckerö kommun erbjuder ett skattefritt vårdnadsbidrag, å 3000 kr per kalendermånad, för barn som har fyllt ett men inte tre år. Beviljat vårdnadsbidrag betalas tidigast ut from den dag ansökan inkommit till förvaltningen och tom den dag barnet fyller 3 år om inte vårdnadshavaren meddelar förändringar.

Vårdnadshavarna kompletterar ansökan med intyg från Försäkringskassan som styrker att vårdnadshavare tagit ut föräldrapenning med anledning av barnets födelse för sammanlagt 250 hela dagar på sjukpenning eller grundnivå.

Jag intygar att:

- Barnet är folkbokfört på ovanstående adress
- Barnet och vårdnadshavare som ansöker om vårdnadsbidraget bor tillsammans
- Barnet har inte någon plats i förskola eller hos dagbarnvårdare
- Sökande vårdnadshavare tillsammans med maka, make eller sambo har inte:
  1. föräldrapenning för barnet eller för syskon
  2. arbetslöshetsersättning
  3. aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning
  4. sjukpenning eller rehabiliteringspenning
  5. sjukpenning under eller omedelbart efter en period när arbetslöshetsersättning
  6. sjukersättning eller aktivitetsersättning
  7. ålderspension,
  8. äldreförsörjningsstöd
  9. ersättning - introduktionsersättning för flyktingar och vissa andra utlänningar

Jag intygar att ovanstående uppgifter är riktiga och ger mitt samtycke till kontroll av ovanstående uppgifter gentemot andra myndigheter. Jag kommer att meddela förändringar av ovanstående uppgifter och är medveten om att kommunen har rätt att kräva återbetalning om så inte sker.

Datum: \_\_\_\_\_ Namn: \_\_\_\_\_

Medsökande: \_\_\_\_\_

Om du som sökande tillhör arbetslöshetskassa, ange vilken: \_\_\_\_\_

Om du som sammanboende (make/maka, sambo) tillhör arbetslöshetskassa, ange vilken \_\_\_\_\_



**Skickas till**

**Lena Utbult**

**Öckerö Kommun**

**Barn och utbildningsförvaltningen**

**475 80 Öckerö**

E-post: [lenu.bult@ockero.se](mailto:lenu.bult@ockero.se)

Telefon: 031-97 62 00

Hemsida: [www.ockero.se](http://www.ockero.se)