

KRONOBY KOMMUN
Bildningsnämnden



Småbarnspedagogik

Ifylles av beslutsfattare

Kundnummer: _____ Fam.storlek: _____ Inkomster: _____

Beslut: _____

Daghem: _____ / _____ 20 _____ § _____

Bestående från _____

Tidsbunden _____

Tidigare beviljad bestående
småbarnspedagogisk verksamhet från _____

- Ansökan om småbarnspedagogisk verksamhet
- Subjektiv rätt till småbarnspedagogisk verksamhet
- Meddelande om fortsättning på samma plats
- Önskar byte av plats (motivera i punkt övrigt)

**Stöd för hemvård av barn upphör när vårdplats beviljas.
För vidare information kontakta **FPA****

Småbarnspedagogiken inleds _____ / _____ 20 _____ upphör _____ / _____ 20 _____ Bestående småbarnspedagogik

Behov av småbarnspedagogisk verksamhet
 1-60 h/mån (1-14 h/v) 61-86 h/mån (15-20 h/v) 87-115 h/mån (21-27 h/v) 116-149 h/mån (28-34 h/v) 150- h/mån eller mera (35- h/v)

Tider _____

Subjektiv rätt max 86 h/mån 5 dagar 4 h kl. 8:30-12:30 eller 2 dagar kl. 8:00-16:00 och 1 dag kl. 8:00-12:00

Önskad plats
I första hand
 Daghem _____
 Friluftsdaghem _____
I andra hand
 Daghem _____
 Friluftsdaghem _____

Barnets personuppgifter
Släkt- och förnamn (tilltalsnamn understreckat) _____ Personbeteckning _____
Modersmål
 Svenska Finska Annat, vad _____
Adress _____ Postnummer och postantalt _____

Vårdnadshavarnas personuppgifter
Vårdnadshavare (eller sammanboende) _____ Vårdnadshavare (eller sammanboende) _____
Personbeteckning _____ Personbeteckning _____
E-post _____ E-post _____
Telefonnummer _____ Telefonnummer _____

Arbetsplats och arbetstid
Arbetsplats och telefonnummer till arbete _____ Arbetsplats och telefonnummer till arbete _____
Arbetstid
 Regelbunden kl. _____ - _____
 Oregelbunden kl. _____ - _____
 Lördagsarbete kl. _____ - _____
 Söndagsarbete kl. _____ - _____

Familjeförhållande
 Gift Sammanboende Registrerat partnerskap Ogift Boskillnad Frånskild Änka / Änkling

Familjens barn
Under 18-åriga barns födelsetider _____

Barnets
hälso-
tillstånd

För att ert barn skall få bästa möjliga vård och dagvårdsplats ber vi er svara på följande frågor

Har ert barn:

- | | | |
|--|------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> feberkramper | när senast | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> upprepade öroninflammationer | när senast | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> upprepade luftrörskatarrer | när senast | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> långvarig sjukdom | | |
| <input type="checkbox"/> medfödd skada, t.ex. syn- eller hörselskad: | | |
| <input type="checkbox"/> fortlöpande medicinering | vad | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> rädslor, ångest | vad | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> försenad språkutveckling | | |
| <input type="checkbox"/> problem med koncentrationen | | |
| <input type="checkbox"/> annat, vad? | | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> astma | | |
| <input type="checkbox"/> allergier | | |

förbjudna födoämnen

Vid eventuella allergier ber vi er bifoga intyg av t.ex. er hälsovårdare

Har Ni djur hemma?

 Ja Nej

Vilka djur?

Övrigt

Underskrift

Datum

Vårdnadshavarens underskrift

Vårdnadshavarens underskrift

Till ansökan bifogas:

Uppgifter om hushållets alla inkomster samt beskattningsbeslutets specifikationsdel

- löneintyg

- jämkad dagpenning
- arbetslöshetsdagpenning
- föräldradagpenning
- underhållsbidrag/-stöd
- deltidstillägg
- dividender

- hyresinkomster

- alla biinkomster, som brandmannalöner och dylika
- beskattningsbeslutets specifikation
- studerande bifogar studieintyg
- flexibel/partiell vårdpenning

Om ni äger skog: meddela antalet hektar skog

Som avdrag från inkomsterna beaktas betalda underhållsbidrag, kvitto bifogas!

Meddela även om inkomsterna väsentligt ändras

OBS! För att avgift skall fastställas enligt inkomst bör kompletta uppgifter inlämnas

Godkänner högsta avgiften / lämnar inga intyg

Enligt dataskyddsförordningen (EU 679/2016) registreras era personuppgifter för skötsel av lagstadgade uppgifter inom småbarnspedagogiken.