



Kronoby kommun
Småbarnspedagogik

Anlänt _____ / _____ 20 _____

Beslut: _____ / _____ 20 _____ § _____

Ändring / Uppsägning av vårdbehov

Beslutsfattare: _____

<input type="checkbox"/> Daghem	
<input type="checkbox"/> Familjedagvård	

Personuppgifter om barnet

Släkt- och förnamn	Personbeteckning
Näradress, postnummer och postantalt	

Uppgifter om familjen

Moderns (eller sambons namn)	Personbeteckning
Faderns (eller sambons namn)	Personbeteckning

Ny tid (bör gälla minst 3 månader)

1-60 h/mån (1-14 t/v) 61-86 h/mån (15-20 t/v) 87-115 h/mån (21-27 t/v) 116-149 h/mån (28-34 t/v) 150- h/mån (35- t/v)

Subjektiv rätt max 86 h/mån

4h/dag eller 2x8h + 1x4h/v

Grund för uppsägning

Adressändring

Ändring/upsägning träder i kraft fr.o.m.

Tilläggsuppgifter

Uppgiftslämnarens underskrift

Ort, datum, namnförtydligande och underskrift

OBS! Vid bestående förändringar gällande vårdtider och inkomständeringar, kan avgiften justeras under året tidigast från följande månad