



Ansökan inkommit _____ / _____ . 20 _____ Mottagare: _____	
Barnet	Barnets efternamn och förnamn _____ Plats inom småbarnspedagogiken _____
	Adress _____ Personbeteckning _____
Vårdnadshavare	Vårdnadshavare _____ Den andra vårdnadshavaren eller vårdnadshavarens make/maka/sambo som bor i gemensamt hushåll _____
	Efternamn och förnamn _____ Efternamn och förnamn _____
	Personbeteckning _____ Personbeteckning _____
	Telefonnummer _____ Telefonnummer _____
	E-post _____ E-post _____
Plats tas inte emot / sägs upp	<input type="checkbox"/> Plats inom småbarnspedagogiken tas inte emot. <input type="checkbox"/> Plats inom småbarnspedagogiken sägs upp. Sista dagen i småbarnspedagogik ____ / ____ . _____. Obs! Platsen inom småbarnspedagogiken kan inte sägas upp retroaktivt.
Ändrat startdatum för småbarnspedagogiken	<input type="checkbox"/> Vi vill ändra startdatum för småbarnspedagogiken. Nytt datum ____ / ____ . 20____. Ni kan flytta fram önskat startdatum inom den beviljade månaden för start i småbarnspedagogiken. I annat fall ska ni först kontakta servicechefen som beviljat plats i småbarnspedagogiken.
Förändring i behovet av småbarnspedagogik Ett avtal om tid för småbarnspedagogiken ska ingås för minst tre (3) månader.	Behovet av småbarnspedagogik fr.o.m ____ / ____ 20 ____ Behov av småbarnspedagogik. <input type="checkbox"/> 20 h eller mindre/vecka (högst 86 h/mån) <input type="checkbox"/> avgiftsfri förskoleundervisning (4 timmar) + småbarnspedagogik 20 h eller mindre/vecka (högst 86 h/mån) <input type="checkbox"/> över 20 h - 35 h/vecka (högst 150 h/mån) <input type="checkbox"/> avgiftsfri förskoleundervisning (4 timmar) + småbarnspedagogik över 20 h - 35 h/vecka (högst 150 h/mån) <input type="checkbox"/> över 35 h/vecka (över 150 h/mån) Tidpunkten för småbarnspedagogik_ <input type="checkbox"/> mån.-fre. <input type="checkbox"/> lör. <input type="checkbox"/> sön. <input type="checkbox"/> kväll <input type="checkbox"/> natt
Förändring i inkomsterna	Förändring i inkomsterna fr.o.m ____ / ____ 20 ____ En utredning över ändringarna bifogas. <input type="checkbox"/> Förändring i inkomsterna <input type="checkbox"/> Studier har inletts/avslutats <input type="checkbox"/> Förändring i underhållsstöd/-bidrag <input type="checkbox"/> Företagsverksamhet, fyll i företagarkblankett <input type="checkbox"/> Vi godkänner den högsta avgiften <input type="checkbox"/> Kontonummer för återbetalning av avgift _____ IBAN-kontonummer och namnet på kontoinnehavaren _____
Förändring i familjeförhållandet	Förändring i familjeförhållandet fr.o.m ____ / ____ 20 ____ <input type="checkbox"/> Skilsmässa / upphört samboförhållande <input type="checkbox"/> Familjens storlek har förändrats <input type="checkbox"/> En familjemedlem har fyllt 18 år <input type="checkbox"/> Nytt äktenskap / samboförhållande / registrerat partnerskap Efternamn, förnamn och personbeteckning _____
Andra förändringar	Från ____ / ____ 20 ____ <input type="checkbox"/> faderskapsledighet <input type="checkbox"/> ändring av adress _____
Underskrift	Karleby den ____ / ____ 20 ____ Vårdnadshavarens underskrift och namnförtydligande _____