



Anmälan om att återvända till dagvården

Lämnas in fyra (4) månader före barnet återvänder till dagvården.

Vi har i enlighet med avtalet avstått från barnets dagvårdsplats i minst fyra månader.

Barnets dagvårdsplats före avbrottet i dagvården _____
dagvårdsplats

Barnets namn _____ Personbeteckning _____

Barnets namn _____ Personbeteckning _____

Barnets namn _____ Personbeteckning _____

Vårt barn återvänder till dagvården _____ / _____. 20 _____

Fyll i blanketten för klientavgifter på omstående sida om familjens storlek, inkomster, kontaktuppgifter o.d. har ändrat. Ni ska också lämna in nödvändiga utredningar över inkomster (löneintyg, senast fastställda beskattningsbeslut med specifikationsdel).

Vårt barn fortsätter med avbrottet till _____ / _____. 20 _____

Vi bekräftar datumet för när vårt barn återvänder till dagvården med en ny skriftlig anmälan senast fyra (4) månader före dagvården inleds.

Karleby _____ / _____. 20 _____

vårdnadshavarens underskrift och namnförtydligande

Anmälan har mottagits _____ / _____.

daghemsföreståndarens underskrift och namnförtydligande

Distribution: klienten, servicechefen, dagvårdsbyrån, enhetens chef

Ansökan inkommit _____ / _____ 20____ Mottagare: _____	
Barnet	Barnets efternamn och förnamn _____ Vårdplats _____
	Adress _____ Henkilötunnus _____
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 _____
Vårdplatsen tas inte emot / sägs upp	<input type="checkbox"/> Vårdplatsen tas inte emot <input type="checkbox"/> Vårdplatsen sägs upp fr.o.m _____ / _____ . _____ Obs! Vårdplatsen kan inte sägas upp retroaktivt.
Ändrat startdatum för dagvård	<input type="checkbox"/> Vi vill ändra startdatum för dagvården. Nytt datum _____ / _____ . 20____. Ni kan flytta fram önskat startdatum inom den beviljade månaden för dagvårdsstart. I annat fall ska ni först kontakta servicechefen som beviljat dagvårdsplatsen.
Förändring i dagvårdsbehov Ett avtal om vårdtid ska ingås för minst tre (3) månader.	Behovet av dagvård fr.o.m _____ / _____ 20____ Dagvårdsbehov <u>på grund av föräldrarnas arbete eller studier</u> . Välj vårdtid. <input type="checkbox"/> 20 h eller mindre/vecka (högst 86 h/mån) <input type="checkbox"/> avgiftsfri förskoleundervisning (4 timmar) + dagvård 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) + dagvård över 20 h - 35 h/vecka (högst 150 h/mån) <input type="checkbox"/> över 35 h/vecka (över 150 h/mån) <u>Tidpunkten för vård</u> <input type="checkbox"/> mån.-fre. <input type="checkbox"/> lör. <input type="checkbox"/> sön. <input type="checkbox"/> kväll <input type="checkbox"/> natt Rätten till <u>småbarnspedagogik är begränsad</u> om ena föräldern eller båda föräldrarna är hemma. Välj vårdtid. <input type="checkbox"/> 8 + 8 +4 h/dag = 20 h/vecka <input type="checkbox"/> 4 h/dag = 20 h/vecka (i regel 8.30 – 12.30)
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