



Alavieskan kunta

# HAKEMUS YKSITYISEN HOIDON TUEN KUNTALISÄ

Hakemus saapunut (pvm ja vast. ott.) \_\_\_ / \_\_\_ 20\_\_

<b>Lasten henkilötiedot</b>	Sukunimi	Etunimet (kutsumanimi alleviivataan)	Henkilötunnus
	1.		
	2.		
	3.		
<b>Hakijan tiedot</b>	Sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus
	Ammatti	Työpaikka/opiskelupaikka	Puhelinnumero (työ / koti)
	Lähiosoite	Postinumero ja postitoimipaikka	Sähköposti
	Avo- / aviopuolison sukunimi	Etunimet	Henkilötunnus
	Ammatti	Työpaikka/opiskelupaikka	Puhelinnumero (työ / koti)
<input type="checkbox"/> Perhe saa / on hakenut Kelan yksityisen hoidon tukea (Jäljennös päätöksestä liitetään hakemukseen).			
<b>Hoitomuoto ja hoitoaika</b>	<input type="checkbox"/> Yksityinen hoito lasten kotona (työsopimussuhde)	Hoidon alkamispäivämäärä ___ / ___ 20__	Määräajaksi sovitun hoidon päättymispäivämäärä ___ / ___ 20__
	<b>Liitteenä työsopimus</b>		
	Päivittäinen hoitoaika	Hoitopäiviä kuukaudessa (merkitse rastilla tarvittava hoitopäivien lukumäärä/kk)	
	<input type="checkbox"/> Alle 5 tuntia	<input type="checkbox"/> 1-10 pv <input type="checkbox"/> 11-15 pv <input type="checkbox"/> yli 15 pv	
	<input type="checkbox"/> Yli 5 tuntia	<input type="checkbox"/> 1-10 pv <input type="checkbox"/> 11-15 pv <input type="checkbox"/> yli 15 pv	
<b>Työsopimus-suhteessa olevan hoitajan tiedot</b>	Hoitajan nimi	Yhteyshenkilö	
	Lähiosoite	Postinumero ja postitoimipaikka	Puhelinnumero
<b>Allekirjoitus</b>	<input type="checkbox"/> Vakuutan tässä hakemuksessa antamani tiedot oikeiksi ja sitoudun ilmoittamaan kaikista yksityisen hoidon tuen kuntalisän maksamiseen vaikuttavista olosuhteiden muutoksista välittömästi päivähoitotoimistoon (esim. hoitomaksun tai palkan muuttuminen, hoidon päättyminen, työn/opiskelun päättyminen, lapsen loma-aika, jos hoitomaksua/palkkaa ei makseta yksityisen hoidon tuottajalle)		
	<b>Paikka ja aika</b>	<b>Hakijan allekirjoitus</b>	