



Ankommit ___/___, 20__

Godkänner högsta avgift

BARNETS UPPGIFTER

Släktnamn	Alla förnamn	Tilltalsnamn
Personbeteckning	Hemkommun	
Adress	Postnummer och ort	
Modersmål <input type="checkbox"/> Svenska <input type="checkbox"/> Finska <input type="checkbox"/> Annat, vilket?	Hemspråk	

VÅRDNADSHAVARES UPPGIFTER

Släktnamn	Förnamn
Personbeteckning	Telefon dagtid
E-post:	Yrke
Arbetsplats	Arbetsplatsens näradress
Postnummer och ort	Arbetstid <input type="checkbox"/> regelbunden <input type="checkbox"/> skift <input type="checkbox"/> annat, vad?

MAKE/MAKA/SAMBOS UPPGIFTER

Släktnamn	Förnamn
Personbeteckning	Telefon dagtid
E-post:	Yrke
Arbetsplats	Arbetsplatsens näradress
Postnummer och ort	Arbetstid <input type="checkbox"/> regelbunden <input type="checkbox"/> skift <input type="checkbox"/> annat vad?

Barnet bor hos: <input type="checkbox"/> de egna föräldrarna <input type="checkbox"/> den ena föräldern <input type="checkbox"/> annanstans, var?
Vårdnadshavarens familjeförhållande: <input type="checkbox"/> gift <input type="checkbox"/> ogift <input type="checkbox"/> skild <input type="checkbox"/> änka/änkling <input type="checkbox"/> sambo <input type="checkbox"/> bor åtskils



FAMILJENS ÖVRIGA BARN UNDER 18 ÅR

Släktnamn	Förnamn	Personbeteckning	Nuvarande dagvårdsplats

ÖNSKAD VÅRDFORM

I första hand <input type="checkbox"/> daghemsvård <input type="checkbox"/> familjedagvård <input type="checkbox"/> gruppfamiljedaghem	I andra hand <input type="checkbox"/> daghemsvård <input type="checkbox"/> familjedagvård <input type="checkbox"/> gruppfamiljedagvård
Vårdplats i första hand, namn:	Vårdplats i andra hand, namn:

BEHOV AV VÅRD

<input type="checkbox"/> max. 88h/månad (60%)	<input type="checkbox"/> max. 110h/månad (70%)	<input type="checkbox"/> max. 150h/månad (80%)
<input type="checkbox"/> över 150h/månad (100%)		
Daglig vårdtid:		
Önskad vård sökes fr.o.m.		Kvällsvård kl - kl
Nattvård kl - kl	Lördagsvård, antal dagar per månad, kl - kl	Söndagsvård, antal dagar per månad, kl - kl

ÖVRIGA UPPGIFTER

Barnets hälsotillstånd, allergier, behov av specialvård etc.
Har familjen husdjur? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Tilläggsuppgifter:

Erhåller dagvårdsplats fr.om.:
Dagvårdsplats och behov av vård:

Jag försäkrar att uppgifterna är riktiga

Ort och datum

Underskrift