



**Varbergs  
kommun**  
BARN & UTBILDNING

# Ansökan om vårdnadsbidrag

Datum

För att ansöka om vårdnadsbidrag måste vårdnadshavare ha ett intyg (Blankett FK8450) från Försäkringskassan där det framgår att vårdnadshavare tagit ut minst 250 dagars föräldrapenning i samband med barnets födelse. Ansökan om vårdnadsbidrag och intyg från Försäkringskassan skickas till Barn- och utbildningsförvaltningen, 432 80 Varberg.

## Personuppgifter

Barn för- och efternamn	Personnummer (10 siffror)
Adress	Postadress
Vårdnadshavare 1 för- och efternamn	Personnummer (10 siffror)
Adress	Postadress
Telefon dagtid	E-postadress
Vårdnadshavare 2/sambo för- och efternamn	Personnummer (10 siffror)
Ska vårdnadshavare 1 och vårdnadshavare 2 dela vårdnadsbidraget? <i>Ska vårdnadsbidraget delas ska vårdnadshavare 2 skicka in en egen ansökan.</i>	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

## Ansökan om vårdnadsbidrag avser perioden (Vårdnadsbidrag beviljas endast för hela kalendermånader)

Från och med datum	Till och med datum
--------------------	--------------------

## Underlag för vårdnadsbidrag

Har minst 250 dagars föräldrapenning i samband med barnets födelse tagits ut? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Arbetar eller bor någon av vårdnadshavarna i annat EU-land eller i Schweiz? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Från den månad vårdnadsbidrag önskas, får vårdnadshavare/sambo något av följande ersättningar?	
Föräldrapenning för barnet eller för dess syskon	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Arbetslöshetsersättning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Sjukpenning/Rehabiliteringspenning (mer än 365 dagar)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Sjukpenning under eller omedelbart efter en period med arbetslöshetsersättning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Sjukersättning eller aktivitetsersättning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ålderspension eller åldreförsörjningsstöd	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ersättning enligt lagen om etableringsinsatser för vissa nyanlända invandrare	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

## Kontouppgifter för utbetalning av vårdnadsbidrag

Vårdnadshavare 1 bankkontonummer inkl. clearing nummer
--

## Underskrift

Ort och datum	
Namnsteckning vårdnadshavare 1	Namnförtydligande
Namnsteckning vårdnadshavare 2/sambo	Namnförtydligande