

AVSER BARN (NAMN): .....

**FAMILJE- OCH INKOMSTREDOVISNING**

Datum

För beräkning av korrekt barnomsorgsavgift ber vi er att fylla i blanketten och omgående återvända den till avsändaren.

Förälder 1/Sammanboendes namn och adress			Förälder 2/Sammanboendes namn och adress		
Personnummer	Telefon bostad	Telefon arbete/skola	Personnummer	Telefon bostad	Telefon arbete/skola
<input type="checkbox"/> Anställd	<input type="checkbox"/> Studerande	<input type="checkbox"/> Föräldraledig	<input type="checkbox"/> Anställd	<input type="checkbox"/> Studerande	<input type="checkbox"/> Föräldraledig
<input type="checkbox"/> Egen rörelse	<input type="checkbox"/> Arbetsökande, intyg fr A-kassa bifogas		<input type="checkbox"/> Egen rörelse	<input type="checkbox"/> Arbetsökande, intyg fr A-kassa bifogas	
<input type="checkbox"/> Övrigt			<input type="checkbox"/> Övrigt		
Arbetsgivare/skola/egen rörelse, ange namn			Arbetsgivare/skola/egen rörelse, ange namn		
Civilstånd					
<input type="checkbox"/> Gifta sammanboende		<input type="checkbox"/> Gifta ej sammanboende		<input type="checkbox"/> Gifta sammanboende	
<input type="checkbox"/> Ja Får ekonomiskt stöd enligt socialtjänstlagen (försörjningsstöd)		<input type="checkbox"/> Ja Lämnar ej inkomstuppgift Accepterar taxans högsta avgift		<input type="checkbox"/> Ja Delad faktura (vid barnets växelvis boende)	

**Ev. barn inskrivna i annan förskola/fritids (ange namn och födelseår)**

MÅNADSINKOMSTER FÖRE SKATT				
	Förälder 1/ Sammanboendes per månad	inkomst	Förälder 2/ Sammanboendes per månad	inkomst
Bruttolön inkl semesterersättning och andra ersättningar i anslutning till anställning	fr.o.m: _____		fr.o.m: _____	
Familjehemsföräldrars arvodesersättning	_____		_____	
Inkomst av tjänstgöring utomlands (skall inräknas så länge hushållsgemenskap råder även om någon är folkbokförd i annat land)	_____		_____	
Pension (ej barnpension)	_____		_____	
Livränta (skattepliktig, se kontrolluppgift)	_____		_____	
Föräldrapenning, sjukpenning, sjukersättning	_____		_____	
Vårdbidrag för barn (skattefri del undantas)	_____		_____	
Arbetslöshetsersättning	_____		_____	
Aktivitetsersättning	_____		_____	
Aktivitetsstöd	_____		_____	
Grundbelopp (Alfa-kassa)	_____		_____	
Utbildningsbidrag avseende arbetsmarknads- utbildning	_____		_____	
Familjebidrag (familjepenning för våmpliktig)	_____		_____	
Inkomst av näringsverksamhet	_____		_____	
Övriga skattepliktiga inkomster av tjänst	_____		_____	
<b>AVGIFTSGRUNDANDE SUMMA</b>	_____		_____	

**FÖRSÄKRAN OCH UNDERSKRIFT**

Jag försäkrar att på blanketten lämnade uppgifter är riktiga. Jag har tagit del av gällande bestämmelser. Jag är medveten om min skyldighet att anmäla sådana förändringar som kan påverka avgiften.

Datum \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_