Uppgifter om räkningsmottagare

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Elevens namn: | | | | Uppgifterna gäller:  fr.o.m. ev. t.o.m. | | | |
| Efternamn och förnamn | | | | Personnummer (10 siffror) | | | |
| Adress | | Postadress | | | | Telefon | |
| Sammanboende  Ja⃝ Nej⃝ | Yrke/Titel | | Arbetsplats/egna företagets namn | | Arbetstid/vecka | | Telefon arbete |

Uppgifter om maka/make/sammanboende. (Gäller även om ej förälder till barnet/barnen)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Efternamn och förnamn | | | | Personnummer (10 siffror) | | | |
| Adress | | Postadress | | | | Telefon | |
| Sammanboende  Ja⃝ Nej⃝ | Yrke/Titel | | Arbetsplats/egna företagets namn | | Arbetstid/vecka | | Telefon arbete |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ekonomisk redogörelse före skatt | Räkningsmottagare | Maka/Make/  Sammanboende | Anteckningar |
| Inkomster av anställning före skatt och avdrag + OB jour- och semestertillägg mm/år |  |  |  |
| Inkomst av rörelse (bifoga senaste deklaration) |  |  |  |
| Värde av bilförmån mm före skatt/år |  |  |  |
| Arbetslöshetsersättning/dag |  |  |  |
| Aktivitetsstöd/dag |  |  |  |
| Utbildningsbidrag avseende arbetsmarknadsutbildning/dag |  |  |  |
| Pension/Livränta/månad |  |  |  |
| Sjukpenning/föräldrapenning/sjukbidrag/månad |  |  |  |
| Familjehemsföräldrars arvodes ersättning/månad |  |  |  |
| Vårdbidrag för barn (exkl. skattefritt merkostn. bidrag)/månag |  |  |  |

Härmed försäkras på heder och samvete att uppgifterna är riktiga.

**Underskrift**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Datum Underskrift Underskrift

Namn och personnummer på yngre och äldre syskon som utnyttjar barnomsorgen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_