

Denna blankett skall användas vid ansökan om vårdbidrag för ett eller flera sjuka eller funktionshindrade barn. Ansökan lämnas eller skickas till försäkringskassan.

Läkarutlåtande för vårdbidrag skall bifogas ansökan. Vid höggradig synnedsättning används läkarintyg vid ögonsjukdom.

Läkarutlåtande begärt Läkarens namn

1. Personuppgifter, Sökande

Efternamn och alla förnamn		Personnummer (år, mån, dag, nr)
Bostadsadress (utdelningsdress och ortadress)		Telefonnummer (även riktnr)
Civilstånd	Folkbokförd (län och kommun)	
<input type="checkbox"/> Ogift <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Änka/ Änkling <input type="checkbox"/> Frånskild		

2. Personuppgifter, Barn som ansökan avser

Efternamn och alla förnamn	personnummer (år, mån, dag, nr)
----- ----- -----	
Har vårdbidrag beviljats för annat barn i familjen eller har ansökan för annat barn lämnats	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	

3. Vård utom hemmet

Vårdas barnet stadigvarande på institution	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, sedan	datum
Vårdas barnet stadigvarande på institution anges institutionens namn och adress		
Vårdas barnet i annat enskilt hem än det egna	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, sedan	datum

4. Familjeförhållanden

Familjens storlek och sammansättning	
Sökandens sysselsättning	
Makes/Sambos efternamn, tilltalsnamn och sysselsättning samt adress om den inte är samma som sökandens	Personnummer (år, mån, dag, nr)
Om du inte är förälder till barnet/barnen:	
Ange om du stadigvarande sammanbor med förälder till barnet/barnen	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Om du svarat "ja" ange om du	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja • är eller har varit gift med denne förälder <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja • har eller har haft barn med denne förälder <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

5. Barnets/Barnens sjukdom eller funktionshinder

Beskriv utförligt orsaken till tillsyns- och vårdbehovet eller merkostnaderna (barnets/barnens fysiska eller psykiska tillstånd)

Försäkringskassans anteckningar

	Ck nr, ankomstdatum	Lk nr, ankomstdatum
--	---------------------	---------------------

6. Tillsyns- och vårdbehov

Ange fr. o. m. när barnet/barnen – utöver det för åldern normala tillsyns- och vårdbehovet – är i behov av särskild tillsyn och vård på grund av sjukdom, utvecklingsstörning eller annat funktionshinder

Hur länge räknar du med att det särskilda tillsyns- och vårdbehovet kommer att bestå

Redogör för den särskilda arbetsinsats som krävs. Fordrar barnet/barnen särskild behandling eller träning med hänsyn till sitt funktionshinder. På vad sätt och hur ofta behöver barnet/barnen särskild tillsyn och vård utöver vad som är normalt. Vem utövar den särskilda tillsynen eller vården

7. Merkostnader

Här anges sådana merkostnader som beror på barnets/barnens sjukdom eller funktionshinder t.ex. merkostnad för speciell kost, onormalt klädsitage och anpassning av bostad. (Redogör utförligt för varje kostnadsslag och ange merkostnaden, om möjligt genomsnittligt per månad.)

<input type="checkbox"/> Fortsättning på nästa sida

9. Skatteuppgifter

Jag betalar preliminär F-skatt	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	
Kommer du att ha inkomst från annan arbetsgivare eller försäkringsinrättning	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja (se nedan)	kr/månad
Arbetsgivarens eller försäkringsinrättningens namn och adress			
<p>Om det är försäkringskassan eller annan arbetsgivare som skall göra skatteavdrag enligt tabell beror på vilken av dessa som betalar ut det största beloppet. Om den skattepliktiga delen av vårdbidraget kommer att vara större än din andra inkomst görs skatteavdrag enligt tabell på vårdbidraget. Försäkringskassan sänder</p>		<p>intyg till din arbetsgivare som då gör skatteavdrag med 30 procent. Om den skattepliktiga delen av vårdbidraget kommer att vara mindre än din andra inkomst meddelar försäkringskassan dig och din arbetsgivare detta. Skatteavdrag görs då på vårdbidraget med 30 procent.</p>	

10. Betalning till konto

Om du har postgirokonto, bank- eller personkonto kan du få betalningen insatt direkt på konto. Om du saknar ett sådant konto kontaktar du ditt post- eller bankkontor.

Betaling önskas till		<input type="checkbox"/> eget post- girokonto	<input type="checkbox"/> kontonummer
<input type="checkbox"/> konto som finns registrerat hos försäkringskassan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> bankkonto/personkonto			
Bankens namn och adress			

*) Har du personkonto i Nordbanken behöver clearingnummer inte anges.

11. Annan betalningsmottagare än sökanden

Efternamn och alla förnamn	Personnummer
Bostadsadress (utdelningsadress och ortnamn)	Telefonnummer (även riktnr)

Uppgifterna lämnas på heder och samvete

En person som på blanketten lämnar en uppgift om faktiska förhållanden som inte är sann eller låter bli att tala om sanningen kan dömas för brott till fängelse i högst sex månader eller böter. Straffet kan bli hårdare om brottet är grovt.

12. Underskrift

Jag försäkrar på heder och samvete att de uppgifter om faktiska förhållanden som jag lämnat i denna blankett är fullständiga och sanningsenliga. Underskriften omfattar sidorna 1-4.

.....
(Datum)

.....
(Namnteckning)

Fortsättning punkt 8. Övriga upplysningar

Empty rectangular box for providing additional information.