Uuraisten kunta
Päivähoitopalvelut

TIETOJENMUUTOSLOMAKE YKSITYISESSÄ PÄIVÄHOIDOSSA

☐ **ILMOITUS PERHEEN TIETOJEN MUUTOKSESTA** ☐ **ILMOITUS HOIDON TARPEEN JA PÄIVÄHOITO-MAKSUN MUUTOKSESTA** ☐ **ILMOITUS HOITOSUHTEEN PÄÄTTYMISESTÄ**

Tähdellä * merkityt ovat pakollisia tietoja.

LAPSEN/ LASTEN TIEDOT *	**Lapsen nimi**		**Henkilötunnus**	**Hoitopaikka**
PERHEEN VANHEMPIEN/ HUOLTAJIEN TIEDOT *	1. Huoltajan nimi		2. Samassa taloudessa asuvan toisen huoltajan, avio- tai avopuolison nimi	
	Henkilötunnus	Puhelin päivisin	Henkilötunnus	Puhelin päivisin
	Nykyinen työ- tai opiskelupaikka		Nykyinen työ - tai opiskelupaikka	
	☐ jatkuva työsuhde ☐ määräaikainen työsuhde ajalla _____		☐ jatkuva työsuhde ☐ määräaikainen työsuhde ajalla _____	
	Sähköposti		Sähköposti	
	Lähiosoite, postinumero ja postitoimipaikka			
PERHESUHTEEN MUUTOS - täytä vain, jos perhesuhteissa on tapahtunut muutos	**Muutos tulee voimaan _____ / _____ 20 ___ alkaen**			
	☐ Naimaton ☐ Naimisissa ☐ Avoliitossa ☐ Leski ☐ Eronnut ☐ Erossa asuva ☐ Muu huoltaja ☐ Yhteishuoltajuus ☐ Rekisteröity parisuhde			
	Perheen uuden lapsen/uusien lasten tiedot			
	Nimi		Nimi	
	Henkilötunnus		Henkilötunnus	
	Samassa taloudessa asuvien henkilöiden lukumäärä _____ henkilöä			
HOIDON TARPEEN JA PÄIVÄHOITOMAKSUN MUUTOS	**Muutos tulee voimaan _____ / _____ 20 ___ alkaen**			
	☐ kokopäivähoito 5-10 pv/kk ☐ kokopäivähoito 11-15 pv/kk ☐ kokopäivähoito yli 15 pv/kk ☐ osapäivähoito 5-10 pv/kk ☐ osapäivähoito 11 - 15 pv/kk ☐ osapäivähoito yli 15 pv/kk ☐ esiopetus (4 h/pv ostopalveluna) Esiopetuksen lisäksi päivähoitoa ☐ 5-10 pv/kk ☐ 11-15 pv/kk ☐ yli 15 hoitopäivää/kk			
ILMOITUS ISYYSRAHAKAUDESTA	**Isyysrahakausi** alkaa ____/____20_____ ja päättyy ____/____20_____			
ILMOITUS HOITOSUHTEEN PÄÄTTYMISESTÄ	Hoitosuhde päättyy _____ / _____ 20 _____. Palvelusetelin maksaminen päättyy lapsen viimeiseen hoitopäivään.			

☐ **Olen ilmoittanut muutoksista/hoitosuhteen päättymisestä palveluntuottajalle.**

Vakuutan tiedot oikeiksi ja suostun annettujen tietojen tarkistamiseen

Päiväys ja vanhemman allekirjoitus

____/____ 20___ _____

Päiväys ja vastaanottajan allekirjoitus

____/____ 20___ _____

Lomake palautetaan osoitteeseen Uuraisten kunta/päivähoitopalvelut, PL 20, 41231 Uurainen

8/2014