

TIETOJENMUUTOSLOMAKE PÄIVÄHOIDOSSA



Uuraisten kunta  
Päivähoitopalvelut

- ILMOITUS PERHEEN TIETOJEN MUUTOKSESTA  
 ILMOITUS HOIDON TARPEEN JA PÄIVÄHOITOMAKSUN MUUTOKSESTA  
 ILMOITUS HOITOSUHTEEEN PÄÄTTYMISESTÄ

Tähdellä \* merkityt ovat pakollisia tietoja.

	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	
	<input type="checkbox"/> jatkuva työsuhde <input type="checkbox"/> määräaikainen työsuhde ajalla _____		<input type="checkbox"/> jatkuva työsuhde <input type="checkbox"/> määräaikainen työsuhde ajalla _____	
	Sähköposti		Sähköposti	
	Lähiosoite, postinumero ja postitoimipaikka			
PERHESUHTEEEN MUUTOS - täytä vain, jos perhesuhteissa on tapahtunut muutos	Muutos tulee voimaan ____ / ____ 20 ____ alkaen			
	<input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Naimisissa <input type="checkbox"/> Avoliitossa <input type="checkbox"/> Leski <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Erossa asuva <input type="checkbox"/> Muu huoltaja <input type="checkbox"/> Yhteishuoltajuus <input type="checkbox"/> 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			
	<input type="checkbox"/> kokopäivähoito (yli 5 h/pv)		<input type="checkbox"/> 1 -10 hoitopäivää/kk	
	<input type="checkbox"/> osapäivähoito (korkeintaan 5 h/pv)		<input type="checkbox"/> 11 - 15 hoitopäivää/kk	
<input type="checkbox"/> esiopetus		<input type="checkbox"/> yli 15 hoitopäivää/kk		
<input type="checkbox"/> esiopetus + päivähoito				
Säännöllisesti vähäisemmän hoidon(1-10 pv/kk tai 11-15 pv/kk) hoitomaksu määritellään vain, mikäli jakso on vähintään 3 kuukautta. Maksu muuttuu seuraavan kuukauden alusta.				
ILMOITUS HOITOSUHTEEEN PÄÄTTYMISESTÄ	Hoitosuhde päättyy ____ / ____ 20 ____.			
Mikäli ilmoitus tehdään jälkikäteen, katsotaan hoitosuhde päättyneeksi vasta ilmoituspäivänä				

Vakuutan tiedot oikeiksi ja suostun annettujen tietojen tarkistamiseen

Päiväys ja vanhemman allekirjoitus

Päiväys ja vastaanottajan allekirjoitus

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_