

TIETOJENMUUTOSLOMAKE VARHAISKASVATUKSESSA



Uuraisten kunta
Varhaiskasvatuspalvelut

- ILMOITUS PERHEEN TIETOJEN MUUTOKSESTA
 ILMOITUS HOIDON TARPEEN MUUTOKSESTA
 ILMOITUS HOITOSUHTEEN 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 | | | |
| PERHESUHTEEN 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"/> osapäivähoito (korkeintaan 5 h/pv) <input type="checkbox"/> esiopetus <input type="checkbox"/> esiopetus + päivähoito | | <input type="checkbox"/> 1 -10 hoitopäivää/kk <input type="checkbox"/> 11 - 15 hoitopäivää/kk <input type="checkbox"/> yli 15 hoitopäivää/kk | |
| | 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 HOITOSUHTEEN 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 ____