

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"/> alle 84h/kk <input type="checkbox"/> 131–150h/kk <input type="checkbox"/> esiopetuksen lisäksi enintään 84h/kk <input type="checkbox"/> 85–107h/kk <input type="checkbox"/> yli 151h/kk <input type="checkbox"/> esiopetuksen lisäksi yli 85h/kk <input type="checkbox"/> 108–130h/kk			
	Säännöllisesti vähäisemmän hoidon asiakasmaksu 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 \_\_\_\_