**Inkomstuppgift för förskola**

**Inkomstuppgift gäller från och med:**

När barnet får plats i vår förskola, inför ny hösttermin eller om inkomsten förändras ska vårdnadshavare skicka in sina inkomstuppgifter. Finns annan samboende till vårdnadshavare ska dennes uppgifter också skickas in. Om vårdnadshavare inte bor tillsammans men båda har ansökt om plats i förskola ska vårdnadshavarna skicka in var sin blankett med inkomstuppgifter. ***Om inte ifylld blankett inkommer till förskolan enligt ovan debiteras maxtaxa.***

**Personuppgifter**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Barn 1 för- och efternamn | Personnummer (10 siffror) | Nuvarande placering |
| Barn 2 för- och efternamn | Personnummer (10 siffror) | Nuvarande placering |
| Barn 3 för- och efternamn | Personnummer (10 siffror) | Nuvarande placering |
| Förälder/vårdnadshavare 1 | Personnummer (10 siffror) | Telefon dagtid |
| Förälder/vårdnadshavare 2/sambo | Personnummer (10 siffror) | Telefon dagtid |
| Gatuadress | Postnummer | Postadress |

**Familjeförhållande**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Civilstånd/samboförhållande Gifta Sambo Ensamstående | | |
| Ändrade familjeförhållanden | Sambo från och med datum | Ensamstående från och med datum | |

**Inkomstuppgifter** (för mer information se ”Regler och avgifter för förskola” på anslagstavlan.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ange inkomster och avgifter före skatt och avdrag per månad.** | **Vårdnadshavare 1** | **Vårdnadshavare 2/sambo** |
| Inkomst av tjänst, arvode/inkomst av rörelse och kapital. |  |  |
| Arbetslöshetsersättning/konfliktersättning |  |  |
| Pensionsförmåner, livränta (ej barnpension) |  |  |
| Familjebidrag, familjehemsersättning (arvodesdelen) |  |  |
| Utbildningsbidrag (skattepliktig del) |  |  |
| Annan förvärvsinkomst/förmån av fri bil |  |  |
| Sjukpenning, föräldrapenning, vårdbidrag (skattepliktig del) |  |  |
| **Total bruttoinkomst per månad** |  |  |

Jag/vi har tagit del av gällande regler för plats i förskola i Varbergs kommun och åtar mig/oss betalningsansvaret för avgifterna.

**Ort och datum Vårdnadshavare 1** ………………………………………………………………………….

.................................................... **Vårdnadshavare 2/sambo** ……………………………………………………………