

För beräkning av korrekt barnomsorgsavgift ber vi er att fylla i blanketten och omgående sända den till:

**Solveigs Förskolor AB, Att; Mia Carlbrand, Räntmästaregatan 7, 416 58 Göteborg.**

|  |   |                |  |   |                |
|--|---|----------------|--|---|----------------|
| Vårdnadshavare 1 - namn  |   |                | Vårdnadshavare 2 - namn                    |   |                |
| Adress   |   |                | Adress                                     |   |                |
| Postadress   |   |                | Postadress                                 |   |                |
| Personnummer   | Telefon arbetet   | Telefon bostad | Personnummer                               | Telefon arbetet   | Telefon bostad |
| <input type="checkbox"/> Anställd  | <input type="checkbox"/> Studerande (bifoga studieintyg)          |                | <input type="checkbox"/> Anställd          | <input type="checkbox"/> Studerande (bifoga studieintyg)          |                |
| <input type="checkbox"/> Egen rörelse  | <input type="checkbox"/> Arbetsökande (bifoga intyg från A-kassa) |                | <input type="checkbox"/> Egen rörelse      | <input type="checkbox"/> Arbetsökande (bifoga intyg från A-kassa) |                |
| <input type="checkbox"/> Föräldraledig   | <input type="checkbox"/> Sjukskriven                              |                | <input type="checkbox"/> Föräldraledig     | <input type="checkbox"/> Sjukskriven                              |                |
| <input type="checkbox"/> Pension   | <input type="checkbox"/> Övrigt                                   |                | <input type="checkbox"/> Pension           | <input type="checkbox"/> Övrigt                                   |                |
| Arbetsgivare/skola/egen rörelse, ange namn   |   |                | Arbetsgivare/skola/egen rörelse, ange namn |   |                |
| Civilstånd   |   |                |  |   |                |
| <input type="checkbox"/> Gift & sammanboende <input type="checkbox"/> Gift men ej sammanboende <input type="checkbox"/> Sammanboende <input type="checkbox"/> Ensamstående |   |                |  |   |                |

|                             |  |                             |   |                             |  |
|-----------------------------|--|-----------------------------|---|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ja | Får ekonomiskt bistånd enligt socialtjänstlagen (försörjningsstöd) | <input type="checkbox"/> Ja | Lämnar ingen inkomstuppgift. Accepterar taxans högsta avgift. | <input type="checkbox"/> Ja | Delad faktura (vid barnets växelvisa boende) |
|-----------------------------|--|-----------------------------|---|-----------------------------|--|

**Månadsinkomster före skatt**

|  | Vårdnadshavare 1<br>fr o m: | Vårdnadshavare 2<br>fr o m: |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Bruttolön och andra ersättningar i anslutning till anställning |                             |                             |
| Inkomst av näringsverksamhet                                   |                             |                             |
| Familjehemsföräldrars arvodesersättning                        |                             |                             |
| Inkomst av utlandstjänst *                                     |                             |                             |
| Pension (ej barnpension)                                       |                             |                             |
| Livränta   |                             |                             |
| Föräldrapenning, Sjukbidrag, Sjukpenning                       |                             |                             |
| Vårdbidrag för barn (arvodet)                                  |                             |                             |
| Arbetslöshetsersättning  |                             |                             |
| Aktivitetsersättning   |                             |                             |
| Aktivitetsstöd   |                             |                             |
| Kontant arbetsmarknadsstöd KAS                                 |                             |                             |
| Utbildningsbidrag avseende arbetsmarknadsutbildning            |                             |                             |
| Familjebidrag i form av familjepenning (vid militär grundutb)  |                             |                             |
| Dagpenning vid repetitionsutbildning för värnpliktiga          |                             |                             |
| <b>Sammanlagda avgiftsgrundande inkomst:</b>                   |                             |                             |

\* Skall inräknas så länge hushållsgemenskap råder, även om någon av vårdnadshavarna är folkbokförd i annat land.

**Försäkran och underskrift**

Jag försäkrar att på blanketten lämnade uppgifter är riktiga. Jag har tagit del av gällande bestämmelser. Jag är medveten om min skyldighet att anmäla sådana förändringar som kan påverka avgiften och godkänner att mina inkomstuppgifter kontrolleras hos arbetsgivare och andra myndigheter.

|       |                                |                                |
|-------|--------------------------------|--------------------------------|
| Datum | Underskrift – vårdnadshavare 1 | Underskrift – vårdnadshavare 2 |
|-------|--------------------------------|--------------------------------|