



YKSITYISEN HOIDON TUEN KUNTALISÄHAKEMUS

HAETTU HOITOPAIKKA- JA MUOTO	<input type="checkbox"/> Perhepäivähoito: _____ <input type="checkbox"/> Ryhmis : _____ <input type="checkbox"/> Päiväkoti: _____ <input type="checkbox"/> Esiopetuksen lisäksi päivähoitoa _____h/pv	<input type="checkbox"/> Kokopäivähoito <input type="checkbox"/> Osaviikkoinen hoito _____keskimäärin pv/kk
	Hoitopaikan varaus ajalla	Tarvittava hoitoaika
LAPSEN HENKILÖTIEDOT	Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
	Lähiosoite	Postinumero ja toimipaikka
	Puhelin kotiin	Yhteystiedot lapsen hoitoaikana
HUOLTAJAN HENKILÖTIEDOT	Äidin tai avoliitossa asuvan henkilön nimi	Isän tai avoliitossa asuvan henkilön nimi
	Henkilötunnus	Henkilötunnus
HUOLTAJAN ANSIOTYÖ JA OPISKELU	<input type="checkbox"/> kokopäivätyö <input type="checkbox"/> osapäivätyö <input type="checkbox"/> vuorotyö <input type="checkbox"/> opiskelu	<input type="checkbox"/> kokopäivätyö <input type="checkbox"/> osapäivätyö <input type="checkbox"/> vuorotyö <input type="checkbox"/> opiskelu
	Työaika	Työaika
	Työpaikka	Työpaikka
ALLEKIRJOITUS	Päiväys	Allekirjoitus

LIITTEET	<input type="checkbox"/> Palveluntuottajan kanssa tehty hoitosopimus <input type="checkbox"/> Yksityisen hoidon tukipäätös
-----------------	---

PÄÄTÖS	Erillinen päätös yksityisen hoidon tuen kuntalisästä toimitetaan postitse lapsen kotiin ja hoitopaikkaan.
---------------	---