

## ANSÖKAN OM DAGVÅRD

Daghemsvård

Annan, vilken

Familjedagvård

Förskola



<b>1</b> Personuppgifter om barnet	Släktnamn och förnamn (strecka under tilltalsnamnet)		
	Personbeteckning	Hemort	
	Näradress, postnummer och postanstalt	Telefon hem	
	Modersmål <input type="checkbox"/> svenska <input type="checkbox"/> finska <input type="checkbox"/> samiska <input type="checkbox"/> annat, vilket	Hemspråk	
<b>2</b> Uppgifter om familjen	Moderns (eller sambos) namn	Personbeteckning	Yrke eller uppgift
	Arbets-/studieplats, adress och telefon		
	Faderns (eller sambos) namn	Personbeteckning	Yrke eller uppgift
	Arbets-/studieplats, adress och telefon		
<b>3</b> Grund för ansökan	Grund för ansökan om dagvårdsplats <input type="checkbox"/> Arbete <input type="checkbox"/> Studier <input type="checkbox"/> Annan orsak, vilken		
<b>4</b> Önskad vårdform	VÅRDFORM I FÖRSTA HAND		VÅRDFORM I ANDRA HAND
	<input type="checkbox"/> Daghemsvård	<input type="checkbox"/> Familjedagvård	<input type="checkbox"/> Daghemsvård
	<input type="checkbox"/> Gruppdaghemsvård	<input type="checkbox"/> Trefamiljsvård	<input type="checkbox"/> Familjedagvård
	<input type="checkbox"/> Annan vårdform, vilken	<input type="checkbox"/> Annan vårdform, vilken	<input type="checkbox"/> Gruppdaghemsvård
			<input type="checkbox"/> Trefamiljsvård
			<input type="checkbox"/> Annan vårdform, vilken
	Vårdplats/-område i första hand		Vårdplats/-område i andra hand
<b>5</b> Behov av vård	Vård önskas fr.o.m. datum	<input type="checkbox"/> Heldagsvård	<input type="checkbox"/> Deltidsvård
		<input type="checkbox"/> Förskola	Vårdtid, kl.
	Vård-dagar	kl.-kl.	vård dagar antal/mån
	<input type="checkbox"/> Kvällsvård	kl.-kl.	vård dagar antal/mån
	<input type="checkbox"/> Nattvård	kl.-kl.	vård dagar antal/mån
			Tilläggsuppgifter
<b>6</b> Transport till dagvård	Möjlighet att använda bil för transport till dagvård <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
<b>7</b> Barnets nuvarande dagvård	<input type="checkbox"/> Kommunal vårdplats	<input type="checkbox"/> Privat vårdplats	<input type="checkbox"/> Vårdare i hemmet
	<input type="checkbox"/> Förälder vårdar	<input type="checkbox"/> Heldagsvård	<input type="checkbox"/> Deltidsvård
	Nuvarande vårdarrangemang fortsätter / föräldrapenningsperioden slutar, datum		
<b>8</b> Familjens övriga barn under 18 år	Namn och födelsetider		Nuvarande vårdplatser / sökt till

**9**  
**Uppgifter som påverkar dagvården**

Barnets långvariga sjukdomar och andra faktorer som anknyter till anordnandet av vården

Får vid behov tas kontakt med olika samarbetsparter inom dagvården (såsom rådgivningsbyrån) i frågor som gäller barnets utveckling och hälsa.

Viken rådgivningsbyrå för barnavård har ni senast besökt, adress

Ja  Nej

**10**  
**Övriga tilläggsuppgifter**

Till exempel barnets behov av specialvård, återflyttning, familjens religiösa övertygelse, allergier hos övriga familjemedlemmar som inverkar på var barnet placeras

Husdjur hemma

Nej  Ja, vilket

**11**  
**Uppgiftslämnarens underskrift**

Jag intygar att uppgifterna är riktiga och samtycker till att uppgifterna kontrolleras

Ort, tid och datum

