



KIRKKONUMMI
KYRKSLÄTT

Sivistystoimi
Bildningsväsendet

Ansökan om sänkning av avgiften för eftermiddagsverksamheten för skolelever

Returneras till adress:
Kirkkonummen kunta, kirjaamo
PL 20, 02401 Kirkkonummi

Barnets namn:	Barnets adress:
Familjens övriga barn som bor i samma hushåll och barnens födelsetider:	
1. Vårdnadshavare, namn	E-postadress
Adress	Telefon
2. Vårdnadshavare eller annan person som i äktenskapsförhållande eller äktenskapslikt förhållande bor i det gemensamma hushållet	E-postadress
Adress	Telefon

Verifikat som ska lämnas in i fråga om familjens inkomster:

- Löneuppgifter: senaste av arbetsgivaren given lönespecifikation, av vilken framgår den skattepliktiga förvärvsinkomsten per månad, totalinkomsten för innevarande och föregående år samt semesterpenningens andel. Om ingen semesterpenning betalas, ska man visa upp ett av arbetsgivaren givet intyg över detta.
- Företagare: företagarkomster (delägare i aktiebolag: som bilaga lönespecifikation samt en utredning om naturaförmåner och utdelningar, firma: som bilaga resultaträkning och balansräkning, öppet bolag, kommanditbolag: som bilaga resultaträkning och balansräkning samt en utredning om lön och naturaförmåner)
- Förmåner från FPA m.m.: arbetslöshetsersättning, studerande lämnar in studieintyg från läroanstalten samt beslut om studieförmån, moderskaps-, faderskaps- eller föräldrapenning, hemvårdsstöd, flexibel eller partiell vårdpenning, sjukdagpenning, underhållsstöd, rehabiliteringspenning, pensioner, även sådana som betalas till ett barn, altemneringsersättning.
- Förmåner som betalas av andra: inkomstrelaterad arbetslöshetsdagpenning, underhållsbidrag, pensioner, vuxenutbildningsstöd, kapitalinkomster (ränte-, options-, dividend- och hyresinkomster), stöd för närståendevård, av förbund betald altemneringsersättning, övriga personliga inkomster (t.ex. mötesarvoden, naturaförmåner), ersättningar och dagpenningar som betalas på basis av olycksfallsförsäkring
- Avdrag: betalda underhållsbidrag (kopia av betalningsverifikatet)

Jag/vi försäkrar att uppgifterna jag/vi givit är riktiga och jag/vi samtycker till att uppgifterna kontrolleras.

Datum ____/____. 20____

Vårdnadshavarens/-havarnas underskrift och namnförtydligande