

**ANSÖKAN OM KOMMUNTILLÄGG FÖR  
ADOPTIVBARN**

Sekretessbelagd OffL 24 §

Mottagare

Datum

UPPGIFTER OM DEN SÖKANDE	Moderns / faderns / annan vårdnadshavares namn		Personbeteckning
	Adress		
	Postnummer och postanstalt	Stadigvarande boendekommun	
	Telefon (hem, arbete)	E-postadress	
ANDRA UPPGIFTER	Beslut om hemvårdsstöd för tiden:		
	<b>Bifoga en kopia av FPA:s beslut om hemvårdsstöd och ett skattekort som ska beställas årligen för förmånen.</b>		
	Bankens namn	Kontonummer i IBAN-form	
UPPGIFTER OM BARN	Namn		Personbeteckning
DEN SÖKANDES UNDER- SKRIFT	Jag försäkrar att uppgifterna ovan är sanningsenliga och samtycker till att de kontrolleras.		
	Datum	Den sökandes underskrift och namnförtydligande	
TJÄNSTEIN- NEHAVARES BESLUT	<input type="checkbox"/> Helsingfors kommuntillägg för adoptivbarn beviljas:		
	€ för tiden: -		
	€ för tiden: -		
	€ för tiden: -		
	<input type="checkbox"/> Helsingfors kommuntillägg för adoptivbarn beviljas inte.		
<input type="checkbox"/> Ändringsbeslut			
Motivering			
TJÄNSTEIN- NEHAVARES UNDER- SKRIFT	Datum	Beslutande tjänsteinnehavares underskrift och namnförtydligande	
	Tjänsteställning	Telefon	