

- ILMOITUS PERHEEN TIETOJEN MUUTOKSESTA  
 ILMOITUS HOIDON TARPEEN JA ASIAKASMAKSUN MUUTOKSESTA  
 ILMOITUS HOITOSUHTEEN PÄÄTTYMISESTÄ

Tähdellä \* merkityt ovat pakollisia tietoja.

<b>LAPSEN/ LASTEN TIEDOT</b>  *	Lapsen nimi		Henkilötunnus		Hoitopaikka	
<b>PERHEEN VANHEMPIEN/ HUOLTAJIEN TIEDOT</b> *	1. Huoltajan nimi			2. Samassa taloudessa asuvan toisen huoltajan, avio- tai avopuolison nimi		
	Henkilötunnus		Puhelin päivisin		Henkilötunnus	
	Nykyinen työ- tai opiskelupaikka			Nykyinen työ - tai opiskelupaikka		
	<input type="checkbox"/> jatkuva työsuhde <input type="checkbox"/> määräaikainen työsuhde ajalla _____			<input type="checkbox"/> jatkuva työsuhde <input type="checkbox"/> määräaikainen työsuhde ajalla _____		
	Sähköposti			Sähköposti		
Lähiosoite, postinumero ja postitoimipaikka						
<b>PERHESUHTEEN MUUTOS</b> - täytä vain, jos perhesuh- teissa on tapahtunut muu- tos	Muutos tulee voimaan ____ / ____ 20 ____ alkaen					
	<input type="checkbox"/> Naimaton <input type="checkbox"/> Naimisissa <input type="checkbox"/> Avoliitossa <input type="checkbox"/> Leski <input type="checkbox"/> Eronnut <input type="checkbox"/> Erossa asuva <input type="checkbox"/> Muu huoltaja <input type="checkbox"/> Yhteishuoltajuus <input type="checkbox"/> Rekisteröity parisuhde					
	<b>Perheen uuden lapsen/uusien lasten tiedot</b>					
	Nimi			Nimi		
	Henkilötunnus			Henkilötunnus		
	Samassa taloudessa asuvien henkilöiden lukumäärä _____ henkilöä					
<b>HOIDON TARPEEN JA VARHAISKASVATUKSEN ASIAKASMAKSUN MUU- TOS</b>	Muutos tulee voimaan ____ / ____ 20 ____ alkaen					
	<input type="checkbox"/> kokopäivähoito (yli 5 h/pv)			<input type="checkbox"/> 1 -10 hoitopäivää/kk		
	<input type="checkbox"/> osapäivähoito (korkeintaan 5 h/pv)			<input type="checkbox"/> 11 - 15 hoitopäivää/kk		
	<input type="checkbox"/> esiopetus <input type="checkbox"/> esiopetus + varhaiskasvatus			<input type="checkbox"/> yli 15 hoitopäivää/kk		
Säännöllisesti vähäisemmän hoidon(1-10 pv/kk tai 11-15 pv/kk) hoitomaksu määritellään vain, mikäli jakso on vähintään 3 kuukautta. Maksu muuttuu seuraavan kuukauden alusta.						
<b>ILMOITUS HOITOSUH- TEEN PÄÄTTYMISESTÄ</b>	Hoitosuhde päättyy ____ / ____ 20 ____.					
	Mikäli ilmoitus tehdään jälkikäteen, katsotaan hoitosuhde päättyneeksi vasta ilmoituspäivänä					

Vakuutan tiedot oikeiksi ja suostun annettujen tietojen tarkistamiseen

Päiväys ja vanhemman allekirjoitus

Päiväys ja vastaanottajan allekirjoitus

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_