



Uppvidinge
KOMMUN

UPPSÄGNING AV VÅRDNADSBIDRAG

Barnets namn (efternamn och tilltalsnamn)		Personnummer (10 siffror)
Vårdnadshavare namn (efternamn och tilltalsnamn)		Personnummer (10 siffror)
Medsökande, vårdnadshavare (avser person i samma hushåll) (efternamn och tilltalsnamn)		Personnummer (10 siffror)
Adress		Telefon, hem
Postnummer	Ort	Telefon, dagtid
Kontoinnehavare, den som vårdnadsbidraget utbetalas till (efternamn och tilltalsnamn)		

Jag/vi säger upp vårdnadsbidraget. Den sista utbetalningen av vårdnadsbidraget skall göras i det år och den månad jag/vi anger nedan.

År	Månad
----	-------

Uppsägningen av vårdnadsbidraget beror på:

<input type="checkbox"/> Jag och/eller min make/maka/sambo kommer att erhålla någon av följande ersättningar under perioden: <ul style="list-style-type: none">• A-kassa• Aktivitetsstöd• Föräldrapenning• Introduktionsersättning• Sjukpenning som varat längre än 365 dagar• Sjukpenning under eller omedelbart efter en period med a-kassa• Sjuk/aktivitetsersättning• Ålderspension• Äldreförsörjningsstöd
<input type="checkbox"/> Annan orsak.

Ort och datum	Underskrift vårdnadshavare
Ort och datum	Underskrift medsökande, vårdnadshavare

Handläggare (ifylles ej av den sökande)

Datum	Underskrift
-------	-------------