

**HAAPAVEDEN KAUPUNKI**

Päivähoitotoimisto  
Tähtelänkuja 1  
PL 40, 86601 Haapavesi  
puh. 044-7591281

**HAKEMUS****YKSITYISEN HOIDON TUEN KUNTALISÄ**

Hakemus saapunut \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

<b>Lasten henkilötiedot</b>	Sukunimi ja etunimet (kutsumanimi alleviivataan)	Henkilötunnus	Hoitomaksu €/kk
	1.		
	2.		
	3.		
<b>Hakijan tiedot</b>	Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus	
	Ammatti ja työpaikka	Puhelinnumero (työ / koti)	
	Lähiosoite, postinumero ja postitoimipaikka	Sähköposti	
	Avo- / aviopuolison nimi	Henkilötunnus	
	<input type="checkbox"/> Perhe saa / on hakenut Kelan yksityisen hoidon tukea (Jäljennös päätöksestä liitetään hakemukseen).		
<b>Hoitomuoto ja hoitoaika</b>  <b>Liitteenä hoitosopimus tai työsopimus</b>	<input type="checkbox"/> Yksityinen päiväkot	Hoidon alkamispäivämäärä  ____ / ____ 20 ____	Määräajaksi sovitun hoidon päättymispäivämäärä  ____ / ____ 20 ____
	<input type="checkbox"/> ryhmäperhepäiväkot		
	<input type="checkbox"/> Yksityinen hoito hoitajan kotona <input type="checkbox"/> Yksityinen hoito lasten kotona		
Päivittäinen hoitoaika <input type="checkbox"/> Alle 5 tuntia <input type="checkbox"/> Yli 5 tuntia			
Hoitopäiviä kuukaudessa <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> yli 17			
<b>Allekirjoitus</b>	<b>Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja sitoudun ilmoittamaan muutoksista välittömästi päivähoitotoimistoon.</b> Paikka ja päiväys Hakijan allekirjoitus		
<b>Yksityisen hoitajan / hoitopaikan tiedot. Liitteenä verokortti tai enn.perintä rekisteriote</b>	Päiväkodin / perhepäivähoitajan nimi	Yhteyshenkilö	
	Lähiosoite, postinumero ja postitoimipaikka	Puhelinnumero	



**Ihmeen hyvä**

Haapaveden kaupunki, PL 40, 86601 Haapavesi. Kaupungintalo, Tähtelänkuja 1, 86600 Haapavesi. Puhelin 08 4591 1 Faksi 08 4591 334, info@ihmeenhyva.fi, www.ihmeenhyva.fi