



- Tulojen muutos (täytettävä myös Tuloselvityslomake)**
 Hoitoajan muutos

Hoidossa olevat lapset	Lapsen nimi	Henkilötunnus	Hoitopaikka
Osoite ja puhelin	Lähiosoite	Postinumero ja -toimipaikka	Puhelin päivisin

PERHEEN VANHEMPIEN /HUOLTAJIEN TIETOJEN MUUTOKSET alkaen ___ / ___ 20___

Huoltajan nimi	Samassa taloudessa asuvan toisen huoltajan, huoltajan avio- tai avopuolison nimi
Henkilötunnus	Henkilötunnus
Työpaikka/opiskelupaikka	Työpaikka/opiskelupaikka
Työpaikan/opiskelupaikan osoite	Työpaikan/opiskelupaikan osoite
Puhelin	Puhelin
Sähköpostiosoite	Sähköpostiosoite

Perhesuhteen muutos ___ / ___ 20___

- Naimaton Naimisissa Leski Muu huoltaja
 Avoliitossa Eronnut Erossa asuva Rekisteröity parisuhde
 Yhteishuoltajuus, huoltajan nimi ja osoite

Perheen uuden lapsen /uusien lasten tiedot

Nimi	Henkilötunnus
Nimi	Henkilötunnus

Samassa taloudessa asuvien henkilöiden lukumäärä alkaen ___ / ___ 20___

HOIDON TARPEEN JA PÄIVÄHOITOMAKSUN PERUSTEEN MUUTOS

Päivähoitomaksun perusteena oleva lapsen hoitoaika muuttuu ___ / ___ 20___ alkaen.

Olemme tehneet myös Hoitopäiväsopimuksen päiväkodin johtajan kanssa.

Lapsen nimi	Lapsen nimi	Lapsen nimi
<input type="checkbox"/> Kokopäivähoito <input type="checkbox"/> Osapäivähoito <input type="checkbox"/> Maksuton esiopetus <input type="checkbox"/> Esiopetusikäisen päivähoito <input type="checkbox"/> Enintään 10 hoitopäivää/kk <input type="checkbox"/> Enintään 15 hoitopäivää/kk <input type="checkbox"/> Täydet hoitopäivät (ma-pe) kalenterikuukaudessa	<input type="checkbox"/> Kokopäivähoito <input type="checkbox"/> Osapäivähoito <input type="checkbox"/> Maksuton esiopetus <input type="checkbox"/> Esiopetusikäisen päivähoito <input type="checkbox"/> Enintään 10 hoitopäivää/kk <input type="checkbox"/> Enintään 15 hoitopäivää/kk <input type="checkbox"/> Täydet hoitopäivät (ma-pe) kalenterikuukaudessa	<input type="checkbox"/> Kokopäivähoito <input type="checkbox"/> Osapäivähoito <input type="checkbox"/> Maksuton esiopetus <input type="checkbox"/> Esiopetusikäisen päivähoito <input type="checkbox"/> Enintään 10 hoitopäivää/kk <input type="checkbox"/> Enintään 15 hoitopäivää/kk <input type="checkbox"/> Täydet hoitopäivät (ma-pe) kalenterikuukaudessa

MUU SYY

Jos haluat hakea maksuntarkistusta muusta syystä, kirjoita perustelut kääntöpuolelle

___/___20___

Huoltajan allekirjoitus

PALAUTUS: Päivähoitotoimistoon oman alueen toimistosihteerille.