



Inkomstuppgift vårdnadshavare i Skanör Falsterbo Montessoriskola

Sida 1 av 2

Nyanmälan Ändring Inkomstuppgifterna gäller fr o m, datum: _____

Uppgifterna ska lämnas senast den dagen som barnet börjar. Alla lämnade uppgifter behandlas konfidentiellt.

Barn i Skanör Falsterbo Montessoriskola

Namn: _____ Personnummer (12 siffror): _____

Namn: _____ Personnummer (12 siffror): _____

Namn: _____ Personnummer (12 siffror): _____

Barn i annan omsorg

Namn: _____ Personnummer (12 siffror): _____

Namn: _____ Personnummer (12 siffror): _____

Namn: _____ Personnummer (12 siffror): _____

| | Vårdnadshavare 1, räkningsmott. | Vårdnadshavare 2 |
|--------------|---------------------------------|------------------|
| Namn: | _____ | _____ |
| Tel: | _____ | _____ |
| E-post: | _____ | _____ |
| Adress: | _____ | _____ |
| Postnr: | _____ | _____ |
| Ort: | _____ | _____ |
| Arbetsplats: | _____ | _____ |
| Tel. arbete: | _____ | _____ |



Inkomststoppgift vårdnadshavare i Skanör Falsterbo Montessoriskola

Sida 2 av 2

Denna sida behöver endast fyllas i om familjens sammanlagda inkomst är mindre än 43 590 kr/mån.

| | Vårdnadshavare 1 | Vårdnadshavare 2 |
|--|------------------|------------------|
| Lön eller andra ersättningar i anslutning till anställning: | _____ | _____ |
| Familjehemsförälders arvodesersättning: | _____ | _____ |
| Pension (ej barnpension): | _____ | _____ |
| Föräldrapenning: | _____ | _____ |
| Vårdbidrag för barn till den del det utgör arvode (ersättning för merutgifter tas ej med): | _____ | _____ |
| Sjukbidrag: | _____ | _____ |
| Sjukpenning: | _____ | _____ |
| Arbetslöshetsersättning: | _____ | _____ |
| Kontant arbetsmarknadsstöd: | _____ | _____ |
| Utbildningsbidrag avseende arbetsmarknadsutbildning: | _____ | _____ |
| Familjebidrag i form av familjepenning: | _____ | _____ |
| Dagpenning vid repetitionsutbildning för värnpliktiga: | _____ | _____ |
| Livränta: | _____ | _____ |
| Underhållsbidrag: | _____ | _____ |
| Bidragsförskott: | _____ | _____ |
| Övriga inkomster som är skattepliktiga, t ex tjänstebil: | _____ | _____ |
| SUMMA: | _____ | _____ |

Vi försäkrar att vi lämnat fullständiga och sanningsenliga uppgifter.

Vårdnadshavare 1, underskrift: _____ Datum: _____

Vårdnadshavare 2, underskrift: _____ Datum: _____