



# Härnösands kommun

Skolförvaltningen

## Ansökan om delad faktura

SK 41-0912

Elevers/Barnets uppgifter	
Elevers/Barnets namn	Personnummer
Elevers/Barnets namn	Personnummer
Skola/Förskola	Klass/Avd
Omfattning <input type="checkbox"/> heltid <input type="checkbox"/> deltid 15 tim	

Vårdnadshavarens uppgifter.		
För- och efternamn (vårdnadshavare)	För- och efternamn (sammanboende)	
Adress/postadress		
Vårdnadshavare arbetsgivare	Telefon arbete (dagtid)	Telefon hem
Sammanboende arbetsgivare	Telefon arbete (dagtid)	Telefon hem

Gemensam vårdnad med vårdnadshavare	
Namn	Personnummer

Inkomst (upplysningar, se nedan)	Vårdnadshavare, kr/mån	Sammanboende, kr/mån
Lön före skatt		
Skattepliktig ersättning från försäkringskassa (brutto)		
Skattepliktig ersättning från arbetslöshetskassa (brutto)		
Övriga inkomster (familjehemsersättning, pensionsförmån, vårdbidrag)		

Jag/vi har tagit del av gällande taxeföreskrifter i Härnösands kommun	
Underskrift vårdnadshavare	Underskrift sammanboende

Beslut	
<input type="checkbox"/> Ansökan beviljas	Motivering till avslag:
<input type="checkbox"/> Ansökan beviljas inte	
Datum	Underskrift handläggare

Kopia för kännedom till		
Vårdnadshavare	Ekonom	

**Postadress**  
SE-871 80 Härnösand

**Tel vx**  
0611-34 89 36

**Bankgiro**  
5576-5218

**Hemsida**  
www.harnosand.se

**Besöksadress förvaltning**  
Brunnshusgatan 4

**Fax**  
0611-34 89 30

**Organisationsnr**  
212000-2403

**E-post**  
skolforvaltningen@harnosand.se