



Ingen platsgaranti finns.
Om alla platserna är upptagna, ställs
beviljad ansökan på en väntelista.

Datum

För att vara berättigad en plats skall:

- båda vårdnadshavarna arbetar på obekväm arbetstid
- sammanboende med barnets vårdnadshavare, också arbetar på obekväm arbetstid
- behovet vara regelbundet och återkommande under minst tre månader vid minst två tillfällen per månad.
- vårdnadshavarna ha prövat möjligheten att ändra sina arbetstider och ha prövat andra möjligheter att tillgodose behovet av omsorg.

Kommunen ansvarar inte för skjuts till eller från verksamheten

Uppgifter om barnet

| | |
|---|--------------------|
| Namn | Personnummer |
| Adress | Postnummer och ort |
| Nuvarande dagverksamhet (förskola, pedagogisk omsorg, fritidshem) | |

Uppgifter om vårdnadshavare

Vårdnadshavare 1

| | |
|----------------|---------------------------|
| Namn | Personnummer |
| Adress | Postnummer och ort |
| Telefon dagtid | E-postadress |
| Arbetsplats | Telefonnummer arbetsplats |

Vårdnadshavare 2

| | |
|----------------|---------------------------|
| Namn | Personnummer |
| Adress | Postnummer och ort |
| Telefon dagtid | E-postadress |
| Arbetsplats | Telefonnummer arbetsplats |

Civilstånd

- Gift, sammanboende med den andra vårdnadshavaren
- Gemensam vårdnad, ej sammanboende med den andra vårdnadshavaren
- Ensam vårdnadshavare
- Sammanboende med annan än vårdnadshavare

Behov av plats för omsorg på obekväm tid

| |
|--|
| Om ansökan godkänns önskar vi plats från och med: |
|--|

Skäl till ansökan:

Motivering till behovet av omsorg på obekvämtid

| |
|--|
| |
|--|

Bifogas

Följande handlingar skall bifogas ansökningsblanketten och styrkas av arbetsgivare:

- Arbetstidsschema för båda vårdnadshavare samt eventuellt sammanboende
- Anställningsavtal

Om någon av ovan angivna handlingar saknas ses inte ansökan som komplett och returneras till vårdnadshavare för komplettering.

Kommunen har rätt att vid behov kontrollera förhållandena hos arbetsgivaren.

Underskrift

Om barnet har två vårdnadshavare ska båda skriva under ansökan oavsett om vårdnadshavarna sammanbor eller ej.

| | |
|----------------------------|----------------------------|
| Ort och datum | |
| Underskrift vårdnadshavare | Underskrift vårdnadshavare |
| Namnförtydligande | Namnförtydligande |

Ansökan skickas till:

Karlsborgs kommun
Barn- och utbildningsförvaltningen
546 82 Karlsborg

Beslut, ifylles av förvaltningen
 Ansökan beviljas fr o m..... Ansökan avslås
Motivering

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|---------------|-----------------------------|
| Ort och datum | |
| Namnteckning | Namnförtydligande och titel |