

Uppgifter om hushållet

* = Obligatorisk uppgift

Personnummer *	Vårdnadshavare/fakturamottagare *	Mobilnummer*	E-post*
Personnummer	Make, maka, sammanboende	Mobilnummer	E-post
Adress *		Postnummer	Ort *
Avgiften skall gälla för barn:			
Personnummer *	_____	Personnummer	_____
Personnummer	_____	Personnummer	_____
Är ensamstående (markera med x)		Syskon har plats på förskolorna Barnabo och Solgläntan (markera med x)	
<input type="checkbox"/> from (åamm): _____		<input type="checkbox"/>	

Avgiften debiteras innevarande månad därför måste inkomstuppgift vara inlämnad månaden innan placeringsdatum för att undvika högsta avgift. Avgiften rättas from den månad inkomstuppgiften kommer in. För er som har e-legitimation kan inkomstuppgift lämnas via vår e-tjänst på

<http://www.umea.se/inkomstuppgift>.

En plats i förskolan eller fritidshem är ett abonnemang som du betalar avgift för 12 månader per år.

Vi behöver ditt samtycke för att kunna spara och behandla de personuppgifter du har fyllt i. Du samtycker genom att digitalt eller på underskrivet papper skicka in ditt ärende.

Vi tillämpar gällande integritetslagstiftning vid all behandling av personuppgifter och personuppgiftsansvarig är den nämnd som hanterar ditt ärende. Du kan läsa mer om hur dina uppgifter behandlas, till exempel den lagliga grunden för behandlingen, hur länge uppgifterna kommer sparas och vilka rättigheter du har på: www.umea.se/gdpr.

Har du ytterligare frågor om Umeå kommuns GDPR-arbete kan du kontakta vårt dataskyddsbud via dataskyddsbud@umea.se eller Dataskyddsbud, Umeå kommun, 901 84 Umeå.

Skattepliktiga bruttointkomster i kronor per månad	Vårdnadshavare/fakturamottagare Namn:
Skattepliktig lön/månad	
Sjukpenning/Föräldrapenning	
Arbetslöshetsersättning	
Övrig skattepliktig ersättning	
Näringsverksamhet	
Studiemedel från CSN (markera x i rutan)	
	SUMMA:

Skattepliktiga bruttointkomster i kronor per månad	Make, maka, sammanboende Namn:
Skattepliktig lön/månad	
Sjukpenning/Föräldrapenning	
Arbetslöshetsersättning	
Övrig skattepliktig ersättning	
Näringsverksamhet	
Studiemedel från CSN (markera x i rutan)	
	SUMMA:

INKOMSTEN GÄLLER FRÅN OCH MED	ÅR	MÅNAD

INKOMSTEN GÄLLER FRÅN OCH MED	ÅR	MÅNAD

Genom att skriva under försäkrar jag/vi att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga, samt förbinder mig att så snart någon förändring av ovanstående uppgifter inträffar, meddela detta genom att lämna en ny inkomstuppgift via e-tjänst eller blankett.

Underskrift fakturamottagare *

Underskrift make, maka, sammanboende *

Ort och datum	Ort och datum
Namnteckning	Namnteckning