



ILMOITUS LAPSEN HENKILÖTIETOJEN / HOITOSUHTEEN MUUTOKSISTA

Pyydämme vanhempia ilmoittamaan kirjallisesti muutokset henkilötiedoissa ja hoitosuhteissa aina mahdollisimman nopeasti; kuitenkin viimeistään muutosta edeltävän kalenterikuukauden loppuun mennessä. Tämän ilmoituksen vanhemmat voivat tuoda itse suoraan palvelutoimistoon tai jättää varhaiskasvatuspaikkaan toimitettavaksi edelleen palvelutoimistoon: Reisjärven kunta, Reisjärventie 8, 85900 Reisjärvi

Lapsen nimi / lasten nimet _____

Muutokset henkilötiedoissa:

Palvelutoimistoon tulee ilmoittaa osoitteen- ja puhelinnumeroiden muutokset, muutokset perhetiedoissa sekä muuttunut työ- tai opiskelupaikka.

Muutokset hoitosuhteessa

Lapsen hoitosuhdetta voi muuttaa seuraavan kuukauden alusta.

Lapseni / lasteni hoitosuhde muuttuu ____ . ____ 20__ alkaen

- kokopäivähoidoksi; yli 15 päivää kuukaudessa, hoitoaika yli viisi tuntia päivässä
- kokopäivähoidoksi; 11-15 päivää kuukaudessa, hoitoaika yli viisi tuntia päivässä
- kokopäivähoidoksi; 1-10 päivää kuukaudessa, hoitoaika yli viisi tuntia päivässä
- osapäivähoidoksi; yli 15 päivää kuukaudessa, hoitoaika enint. viisi tuntia päivässä
- osapäivähoidoksi; 11-15 päivää kuukaudessa, hoitoaika enint. viisi tuntia päivässä
- osapäivähoidoksi; 1-10 päivää kuukaudessa, hoitoaika enint. viisi tuntia päivässä
- varhaiskasvatusoikeus 20 h/vko, hoitoaika yli viisi tuntia päivässä
- varhaiskasvatusoikeus 20 h/vko, hoitoaika enint. viisi tuntia päivässä
- hoitoaika keskimäärin 21-34 h /viikko

Muutokset tulotiedoissa

Tulotietojen oleellisesti muuttuessa (+/-10%) perheen tulee täyttää uusi tuloksetyskaavake ja toimittaa siihen liittyvät tositteet oman kuntansa palvelutoimistoon.

- Suostumme maksamaan korkeimman hoitomaksun, emme toimita tulotietojamme.

Päivähoitopaikan irtisanominen:

Lapsen hoitopaikka tulee irtisanoa mahdollisimman aikaisin ennen hoidontarpeen päättymistä.

Lapseni / lasteni viimeinen hoitopäivä on

Päivähoitomaksun periminen päättyy vain kirjalliseen hoitopaikan irtisanomiseen.

Päiväys ja allekirjoitus:

____ / ____ 20 _____

Huoltajan allekirjoitus.