



## UPPSÄGNING AV VÅRDNADSBIDRAG

Härmed säger jag och/eller min make/maka/sambo/registrerad partner upp vårdnadsbidrag.

### Uppsägningen gäller följande barn

Namn:	Personnummer:
Uppsägning av vårdnadsbidraget från och med (månad, år):	

Vårdnadsbidrag ansöks och avslutas endast för hela kalendermånader.  
T. ex: önskat avslut 22/2 → beslutat avslut 31/1.

### Uppsägningen beror på

<input type="checkbox"/> Jag/och eller min make/maka/sambo kommer att erhålla någon av följande ersättningar under perioden: <ul style="list-style-type: none"><li>• A-kassa</li><li>• Aktivitetsstöd</li><li>• Föräldrapenning</li><li>• Introduktionsersättning</li><li>• Sjukpenning som varat längre än 365 dagar</li><li>• Sjukpenning under eller omedelbart efter en period med a-kassa</li><li>• Sjuk-/aktivitetsersättning</li><li>• Ålderspension</li><li>• Äldreförsörjningsstöd</li></ul>	<input type="checkbox"/> Annat skäl:  Om uppsägningen beror på annat skäl än de som nämns till vänster och du vill ansöka om vårdnadsbidrag på nytt, kan bidrag åter beviljas efter en karenstid, dvs från och med den femte kalendermånaden efter den månad som de senast fick vårdnadsbidrag för (6 § lagen om vårdnadsbidrag):
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Vårdnadshavares underskrift (mottagare av vårdnadsbidrag)

Ort och datum:	Personnummer:
Namnunderskrift:	Namnförtydligande: