



## Inkomstförfrågan

Barnets uppgifter

Namn	Personnummer
------	--------------

Vårdnadshavare 1

Namn	Postnummer	Arbetsgivare
Adress	Postadress	Telefon arbete

Vårdnadshavare 2

Namn	Postnummer	Arbetsgivare
Adress	Postadress	Telefon arbete

Inkomst gäller från och med

Datum
-------

Ange månadslön före skatt

Inkomst 1 Inkomst 2

	Inkomst 1	Inkomst 2
Lön och andra ersättningar (inkl semesterersättning) samt skattepliktiga förmåner		
Skattepliktig ersättning från Försäkringskassan		
Skattepliktig ersättning från arbetslöshetskassa		
Pension och livränta per månad		
Familjehemsersättning (skattepliktig del)		
Utbildningsbidrag (avser arbetsmarknadsutbildning)		
Vårdbidrag (Skattepliktig del)		
Övriga skattepliktiga inkomster (ej barnbidrag, underhållsbidrag, bostadsbidrag)		
<b>Summa av månadens totala inkomster före skatt</b>		

Om vårdnadshavarna avstår från att lämna inkomstuppgifter debiteras maxtaxa

Dataskyddsförordningen GDPR

Enligt Dataskyddsförordningen ("GDPR") krävs samtycke för att få registrera personuppgifter. För att administrera dina uppgifter kommer de att registreras i vår databas samt i pappersform. Uppgifterna kommer enbart att användas inom ramen för förskolans verksamhet. Du har rätt att ta del av de uppgifter som finns i vårt register och även begära rättelse av dessa. Genom att skriva under blanketten samtycker du till att dina uppgifter behandlas i vår databas samt i pappersform. Du kan när som helst återta ditt samtycke
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Genom att skriva under detta dokument intygar jag/vi att ovanstående uppgifter är sanningsenliga och att jag/vi har anmälningsskyldighet om uppgifterna förändras

Underskrift

Ort	Vårdnadshavare 1	Vårdnadshavare 2
Datum	Namnförtydligande	Namnförtydligande