

INKOMSTANMÄLAN

Placerade barn:

Namn: _____ Pers.nr. _____

Namn: _____ Pers.nr. _____

Adress m. postnr. och ort

Vårdnadshavares namn:

_____ Pers.nr. _____

Telefon och mailadress:

Arbetsplats:

Vårdnadshavares namn:

_____ Pers.nr. _____

Telefon och mailadress:

Arbetsplats:

Inkomstuppgifterna gäller från och med: _____

Brutto-inkomster per månad	Vårdnadshavare	Vårdnadshavare
Lön före skatt		
Arbetslöshetsförening (a-kassa)		
Övriga inkomster		
Studiemedel (beskattningsbar)		
Summa inkomster		

Härmed intygas på heder och samvete att uppgifter som lämnats är riktiga

Datum

Underskrift

Underskrift