

Hafnarstræti 1, 400 Ísafjörður. Sími 450-8001. Símbref: 456-3508.

Númer <b>D-200</b> -
-------------------------

Staðfesting móttöku: \_\_\_\_\_

## Umsókn um niðurgreiðslu dagvistargjalda

Nafn umsækjanda		kennitala	
Lögheimili	Póstnúmer	Póstfang	
Vinnustaður	Heimasími	Farsími	Vinnusími
Nafn maka		Kennitala	
Vinnustaður	Heimasími	Farsími	Vinnusími
Nöfn barna umsækjanda, sem sótt er um niðurgreiðslu fyrir		Kennitala	
Leikskóli sem barnið/börnin eru á			
Staður og dagsetning	Undirskrift umsækjanda		

### Gögn sem þurfa að fylgja umsókn:

**Merktu við þau gögn sem fylgja umsókn þinni.**

- Ljósrit af skattframtölum umsækjanda og maka.
- Launaseðlar þeirra sömu, fyrir síðustu þrjá mánuði.
- Afrit af greiðsluseðlum almannatrygginga og lífeyrissjóða, sé um þá að ræða.
- Upplýsingar um aðrar tekjur umsækjanda eða tekjulaust tímabil.

**Umsóknum skal skila á Skóla- og fjölskylduskrifstofu Ísafjarðarbæjar.**

Allar upplýsingar eru meðhöndlaðar sem trúnaðarmál.

**Snú** 

## Yfirlýsing.

**Ég undirrit-uð/aður, lýsi því yfir að fulltrúa Skóla- og fjölskylduskrifstofu Ísafjarðarbæjar er heimilt að afla upplýsinga um tekjur mínar og eignir hjá skattayfirvöldum og launagreiðendum.**

Staður og dagsetning	Undirskrift umsækjanda
----------------------	------------------------

**Undirskrift maka, eða sambýlings, ef við á.**

**Ég, undirrit-uð/aður heimila fulltrúa Skóla- og fjölskylduskrifstofu Ísafjarðarbæjar að afla upplýsinga um tekjur og eignir mínar hjá skattayfirvöldum og launagreiðendum.**

Staður og dagsetning	Undirskrift
----------------------	-------------