



ANMÄLAN/ÄNDRING AV BETALNINGS-MOTTAGARE AV STUDIESTÖD

Begäran från socialförvaltningen

+

1617W 5	16173205				
Den studerande	Namn	Personnummer (10 siffror)			
Betalnings-mottagare	Fyll i vem som ska vara betalningsmottagare. Fyll endast i ett av alternativen 1, 2 eller 3.				
	Socialförvaltningens namn				
	Bankgiro eller Plusgiro				
1. Social-förvaltningen	Endast en (1) familjehemsförälder kan stå som betalningsmottagare.				
	Namn	Personnummer (10 siffror)			
	Orsak till placering				
2. Familje-hemsförälder	☐ SoL	☐ LVU			
3. Vårdnads-havare	Vårdnadshavare 1, namn	Personnummer (10 siffror)			
	Vårdnadshavare 2, namn (vid delad utbetalning)	Personnummer (10 siffror)			
Social-förvaltningens kontakt-uppgifter och underskrift	Adress				
	Telefon	E-postadress			
	Datum	Underskrift			
	Namnförtydligande				
	Befattning/tjänstetitel				
Vårdnads-havarnas samtycke	Datum	Underskrift			
	Namnförtydligande				
		Datum	Underskrift	Namn	förtydligande

KOM IHÅG ATT SKICKA MED ÖVRIGA DOKUMENT

När ni ska ansöka om ny eller ändrad betalningsmottagare behöver vissa dokument skickas med den här blanketten. Vilka dokument ni behöver skicka med ser ni på csn.se/socialnamnd.

Ni behöver inte skicka in några ytterligare dokument om den nya betalningsmottagaren ska vara familjehemsförälder och ni har lämnat uppgifter om

- familjehemsförälder
- orsak till placering
- vårdnadshavares samtycke.

+