



AKAAN KAUPUNKI
SIVISTYSTOIMI
Varhaiskasvatus
PL 34, 37801 AKA

VARHAISKASVATUKSEN HOITOAIKAPERUSTEINEN MAKSUSOPIMUS

Kokonaishoitoaika kalenterikuukaudessa	Maksu % koko-aikaisen hoidon maksusta	Perheen valitsema hoito-aikaperusteinen maksu/ kk Laittakaa X tähän sarakkeeseen valitsemanne tuntivälyksen kohdalle
84 h	60 %	
85 -125 h	71 %	
126 – 146 h	86 %	
147 – 167h	93 %	
168 – 210 h	100 %	

HUOM! tuntivälys 147-167 h/kk 93 % on valittavissa vasta 1.8.2018 alkaen

Sopimus on voimassa ____ . ____ . ____ alkaen tai aj. ____ . ____ . ____ - ____ . ____ . ____

Maksusopimusta muutetaan työstä/opiskelusta johtuvasta syystä ____ . ____ . ____ alkaen (muutos tehdään täyden kalenterikuukauden alusta lukien)

Sopimuksen mukainen **kokonaishoitoaika kalenterikuukaudessa** määrittää varhaiskasvatuksen kuukausimaksun. **Päivittäinen ja viikoittainen tuntimäärä voi vaihdella.**

Sopimuksen perusteella varhaiskasvatusjohtaja tekee perheen valitseman, hoitoaikaperusteisen mukaisen maksupäätöksen.

Hoitoaikaperusteinen maksupäätös on voimassa **vähintään 5 kk.** Työstä tai opiskelusta johtuvista syistä hoitoaikaperusteista maksusopimusta voidaan muuttaa.

Mikäli varhaiskasvatuksen tarve muuttuu, **perhe tekee uuden sopimuksen** hoidon tarpeen muuttamisesta.

Perheemme bruttotulot eivät ole muuttuneet väh. +-10 %

Perheemme bruttotulot ovat muuttuneet väh. +-10 %, toimitetaan uusi asiakasmaksulomake tulotositteineen

Ilmoitettuja tuntimääriä seurataan ja mikäli ilmoitettu tai toteutunut varhaiskasvatuksen tarve **ylittää** laskutuksen perusteena olevan maksusopimuksen mukaisen tuntimäärän kalenterikuukaudessa, **peritään tältä kuukaudelta ylityksen mukaista tuntimäärää vastaava maksu.** Ylitys on mahdollinen kerran toimintavuodessa (1.8.-31.7.).

Hoidon tarpeet tulee ilmoittaa sähköisen varausjärjestelmän kautta seuraavan viikon osalta, viimeistään kulumassa olevan viikon maanantaina klo 12.00 mennessä. Hoitoaikaa voi varata enintään tämän maksusopimuksen maksimimäärän mukaisesti/kalenterikuukausi. **Mikäli lapsi on poissa ilmoitetulta hoitoajalta, näitä hoitotunteja ei voi siirtää käytettäväksi muuhun aikaan.**

Lapsen nimi ja hetu (xxxxxxAxxxx) _ _____

Hoitopaikka ja ryhmä _____

Päiväys ____ . ____ . ____

Huoltajan allekirjoitus ja nimenselvennys _____

Lisätietoja; Varhaiskasvatusjohtaja **Anneli Säteri, p. 040 335 3511**