

Anmälan för utbetalning av arvode för stödperson/familj

Lämna in redovisning var tredje månad och inför ett nytt år senast den 10.12.

Namn _____ Födelseid _____

Adress _____ Postnummer/postanstalt _____

Barnets namn _____ **Konto** _____

Stödperson

Stödfamilj

Datum	Timantal	Km	Rutt

Datum	Timantal	Km	Rutt

Datum _____ Vårdnadshavarens underskrift _____

Datum _____ Stödpersonens underskrift _____

Anvisningar för ifyllande av blanketten:

- **Ett barn per blankett, specificera alla dagar var för sig**
- Meddela förändringar i bankkontonummer
- Övriga omkostnader redovisas på skild blankett
- Utbetalning av arvode förutsätter att stödfamiljrapporten inlämnas på samma gång

Socialomsorgen fyller i:

Klientnummer :

Utbetalning	h	€
Vårdarvode		
Kostnadsersättning		
Km-ersättning		

Arvode/kostnadsersättning: _____

Socialarbetarens underskrift _____

Km-ersättning: _____

Granskad _____ / _____ 20 _____ Namn _____ (kanslist)

Godkänd _____ / _____ 20 _____ Namn _____ (enhetschef)