



Social- och hälsovårdsverket
Sosiaali- ja terveystyökeskus

Ilmoitus tukihenkilön/perheen palkkion maksamista varten

Lähetä joka kolmas kuukausi selvitys tunneista ja viimeistään 10.12. ennen uuden vuoden alkua

Tukihenkilön nimi _____ Syntymäaika _____

Osoite _____ Postinumero/postitoimipaikka _____

Lapsen nimi _____ Tilinumero _____

Päivämäärä	Tuntimäärä	Km

Päivämäärä	Tuntimäärä	Km



Päivämäärä _____ Huoltajan kuittaus _____

Päivämäärä _____ Tukihenkilön allekirjoitus _____

Lomakkeen täyttöohjeet:

- **Yksi lapsi/lomake erittelen kaikki päivät erikseen**
- Ilmoita tilinumeron muutoksesta
- Muut kustannukset ilmoitetaan erillisellä lomakkeella
- Palkkion maksu edellyttää että tukiperheraportti palautetaan samalla.

Sosiaalihuolto täyttää:

Asiakasnumero:

Maksusuoritus	h	€
Hoitopalkkio		
Kulukorvaus		
Km-korvaus		

Palkkio/kulukorvaus: _____

Sosiaalityöntekijän allekirjoitus

Km-korvaus: _____

Tarkastettu _____ / _____ 20 _____

Nimi _____ (kanslisti)

Hyväksytty _____ / _____ 20 _____

Nimi _____ (yksikönjohtaja)