Socialförvaltningen
Funktionshinderverksamheten

Var god sänd in räkningen den sista i varje månad till:
Socialförvaltningen, Susanne Mårtensson
265 80 Åstorp

ERSÄTTNING TILL STÖDFAMILJ

För ..... vistelse
namn och födelsedata

hos mig under följande dagar (ange ankomst och avresedag).

Ankomstdag:……. Klockslag:……. Avresedag:……. Klockslag:……

Ankomstdag:……. Klockslag:……. Avresedag:……. Klockslag:……

Antal frukost ..... middag ..... kvällsmål .....

Ifylles av kommunen

Ersättning utgår med ..... kr/dag

Dubbelarvodesers. för följande dagar .....

	Antal dagar	Summa
Omkostnadsers ..... kr/dag	.....	.....
Arvodesers ..... kr/dag	.....	.....
Extra omkostnadsers……kr/mån	……	……
SUMMA KRONOR		= = = = = = =

..... DEN / 20

Personnummer .....
år, mån, dag - nr

.....
Namn

.....
Adress

.....
Postnr och postadress

Mottagningsattest			**Granskningsattest**		**Beslutsattest**		
Konto	**Ansvar**	**Verksh**	**Anl**	**Projekt**	**Akt**	**Motp**	**Belopp**
Betalningsdag				Summa:			