

Anlände ____ / ____ / 20____

Avlösande närståendevårdarens information

Närståendevårdarens information

| | |
|--|---|
| Namn | Namn |
| Adress | Adress |
| Personbeteckning | |
| Avlösande närståendevårdarens kontonummer | *) Kontonumret behövs ENDAST då det anmäls för första gången eller det har ändrats. |
| Jag vill ha lönespecifikation i pappersform <input type="checkbox"/> | |

Avlösning för närståendevård utförs under följande dagar / tidpunkter.

En anmälan/månad/blankett

| Vården började (datum och klockslag) | Vården avslutades (datum och klockslag) |
|--------------------------------------|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

Jag har vårdat den vårdbehövande i den vårdbehövandes hem

Jag har vårdat den vårdbehövande utanför den vårdbehövandes hem

Beaktansvärt:

– **Bör returneras innan månadens 5:e dag**

– Den vikarierande skötarens arvode betalas **den 22:a följande månad**. Arvodet betalas inte på förhand.

Underskrifter – avlösare för närståendevårdare och närståendevårdare

Avlösare för närståendevårdarens underskrift och datum ____ . ____ .20 ____ (ej obligatorisk)

Närståendevårdarens underskrift och datum ____ . ____ .20 ____

Tjänsteinnehavaren fyller i

| | | | | |
|--|--|------------|---|---|
| Konto <input type="checkbox"/> funktionsnedsattas närståendevård <input type="checkbox"/> seniorers närståendevård | Arvode <input type="checkbox"/> 1 vårdberoendeklass <input type="checkbox"/> 2 vårdberoendeklass <input type="checkbox"/> 3 vårdberoendeklass | antal dygn | Kostnadsersättning betalas <input type="checkbox"/> | Arvodets summa (€) (t.ex 3x50 € = 150 €) |
|--|--|------------|---|---|

Kontrollerat av

Godkänt av:

Datum och den anställdas underskrift och namnförtydligande

Datum och den anställdas underskrift och namnförtydligande