

Stödfamiljsersättning enligt LSS

Skickas till handikappenheten 1a vardagen i månaden

År och månad _____

Stödfamilj åt _____

 Prisbasbelopp 2017/2018: 44800/365: **122,73:-**
Handikappomsorgens noteringar
Antal dygn vardagar

Arvodesersättning _____ kr /dygn (_____% av dygnsbasbelopp)

Arvodesersättning _____ kr /em (_____% av dygnsbasbelopp)

Omkostnadsersättning _____ kr /dygn eller em (_____% av dygnsbasbelopp)

Antal dygn på helger
Dubbelt arvode utgår för dag före helg

Arvodesersättning _____ kr /dygn (_____% av dygnsbasbelopp)

Arvodesersättning _____ kr /em (_____% av dygnsbasbelopp)

Omkostnadsersättning _____ kr /dygn eller em (_____% av dygnsbasbelopp)

	Vardag	Helg
Antal EM		
Antal dygn		

Notera hur många måltider den enskilde fått

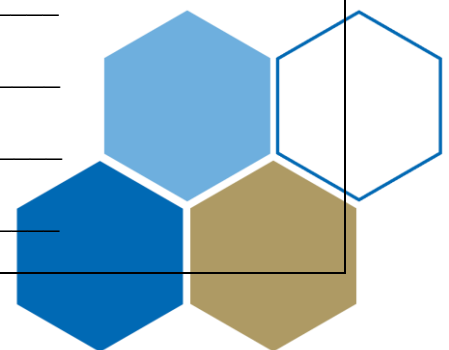
Frukost _____

Lunch _____

Mellanmål _____

Kvällsmål _____

Heldag _____



Stödfamiljsersättning enligt LSS

Skickas till handikappheten 1a vardagen i månaden

Datum	Ankomst	Avresa
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

Datum	Ankomst	Avresa
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		

Underskrift av stödfamilj

Namnförtydligande

Handläggare signatur

Postadress
Box 74
28522 Markaryd

Besöksadress
Drottninggatan 11
285 31 Markaryd

Telefon
0433 – 72 000

Webb / E-post
www.markaryd.se
ks@markaryd.se

Organisations nr.
212000-0654

Giro
Plusgiro: 348 24-3
Bankgiro: 279-5706

