



Socialförvaltningen
Handikappomsorgen

Ledsagarservice enligt LSS

År.....Månad.....

Ledsagare hos.....

Ledsagarens namn.....

Datum	Tid	Aktivitet	Signatur för insatsen

OBS! Skickas tillsammans med T3:a varje månad

Varje aktivitet ska signeras av personen som beviljats insatsen