



HÖGANÄS KOMMUN
SOCIALFÖRVALTNINGEN

RAPPORTERING UPPDRAG SOM AVLÖSARE

Namn Avlösare	Personnummer Avlösare
	Adress Avlösare

Namn Brukare

Månad..... År.....

Datum	Klockan		Tidtid	Aktivitet Vid något spec. meddelande till enhetschef
	From	Tom		

1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
		Totalt		

Underskrift avlösare

Bestyrkes brukare/annan

Attesteras enhetschef

.....

.....

.....

Skickas till: LSS-enheten, Stadshuset, 263 82 Höganäs
Senast den 5:e varje månad för utbetalning vid månadsskiftet