

EIGERSUND KOMMUNE

Helse og omsorg
 Postboks 70
 4379 Egersund
 TLF 51 46 80 00

Avlaster	Bruker
Navn:	Navn:
Adresse:	Adresse:
Fødselsnr:	

AVLASTERTIMELISTENE FØRES FRA OG MED DEN 15. I ENE MÅNED TIL OG MED 14. I NESTE MÅNED

Timelister må leveres hver måned.

Dato		Tidspunkt		SUM TIMER	Antall døgn med utgiftsdekning	Attestasjon Fra foresatte
Fra dato	Til dato	Fra klokken	Til klokken			
Totalt antall timer/døgn:						

Ønske om betalingsmåte/ endring: _____

Egersund den: _____

Signatur: _____

FRIST FOR INNLEVERING: SENEST 15. I HVER MÅNED

LEVERES: Kontoret ved Lundeåne

HUSK: EVALUERINGSSKJEMA SAMMEN MED TIMELISTE I MAI OG NOVEMBER.

Timelister og evalueringsskjema finnes på www.eigersund.kommune.no