



ÅMÅLS KOMMUN

Vård- och omsorgsförvaltningen

Utförare:
Kontaktperson:
Telefonnummer:

Debiteringsunderlag för hemtjänst (SoL-insatser)

Underlaget lämnas till avgiftshandläggare på Vård- och omsorgsförvaltningen
senast 5 dagar efter månads slut för räkning gällande:

Månad _____ År _____

Personnummer _____

Namn: _____

Typ av insats
O = Omvårdnad
S = Serviceinsats
T = Trygghetslarm

Datum	Tid i timmar och minut/dag	Typ av Insats	Signatur/personal
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 antal timmar			

Underskrift

Hemtjänsttagarens godkännande