

ERSÄTTNING TILL STÖDFAMILJ, enligt LSS

Följer SKL:s rekommendationer, omräknas årligen

För- och efternamn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Brukarens namn	

Datum	Kom klockan	Åkte klockan

Datum	Underskrift
-------	-------------

Skicka blanketten till:

Enheten för bistånd-funktionshinder
Gislaveds Kommun
332 80 GISLAVED

.....
Ifylls av Enheten för bistånd-funktionshinder

Arvode: _____ Omkostnad: _____

Summa/utbetalning: _____ Attest: _____

SOCIALFÖRVALTNINGEN ENHETEN FÖR BISTÅND-FUNKTIONSHINDER