

UNDERLAG FÖR NÄRSTÅENDEVÅRDSARVODE

Sätt kryss för hela dygn och skriv tid för del av dygn i respektive ruta.

Redovisningen kan **INTE** lämnas in i förskott. Tillsänds KST senast den 2:a i månaden efter redovisningsmånad

Månad:

inkommet:

Datum	Vårddag	Lagstadgad ledighet	Annan ledighet
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			

Vårdbehövandens namn:

Vårdarens underskrift:

Namnförtydligande:

Skickas till KST Skarpansvägen 30
22100 Mariehamn eller e-post till
socialkansliet@kst.ax

Summa arvode. Ifylles av KST