




Månad / År..... Korttidsfamilj.....
 Korttidsfamilj för..... Personnummer.....
 Personnummer..... Adress.....
 Postnr/ort.....
 Telefon/mobil.....

| Datum | Veckodag | Från -Till  | Antal timmar | Kommentar |
|-------|----------|--|--------------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Underskrift korttidsfamilj.....

Månadsrapporten skickas in den sista varje månad till:

**Härnösands kommun
Socialförvaltningen - OoF
Uppdragssamordnare
871 80 Härnösand**

Telefon: 0611-34 83 71

Eller mailas till uppdragssamordnare@harnosand.se

Verkställarens kommentarer

Ansvar 74501

Konto 516150

Arvode

Ersättning

När jag skickar in denna blankett samtycker jag till att Härnösands kommun behandlar personuppgifterna enligt Dataskyddsförordningen (GDPR). Mer information finns på: www.harnosand.se/gdpr