



Månad / År..... Kontaktperson.....
 Kontaktperson till..... Personnummer.....
 Personnummer..... Adress.....
 Postnr/ort.....
 Telefon/mobil.....

KONTAKTER UNDER MÅNADEN

Datum	Personligt möte	Aktivitet	Telefonsamtal	Övrigt (t.ex. SMS)
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Underskrift kontaktperson.....

Jag vill att verkställaren kontaktar mig

Jag vill ha fler rapportblad/månadsberättelse

Månadsberättelsen skickas in den sista varje månad till:

**Härnösands kommun
Socialförvaltningen
Omsorg om funktionshindrade
871 80 Härnösand**

Eller mailas till birgitta.janzon@harnosand.se

<i>Verkställarens kommentarer</i>			
Ansvar 74501			
Konto 516110			
Nivå	1	2	3
Arvode			
Ersättning			