




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

Datum	Veckodag	Från -Till 	Antal timmar	Kommentar

Underskrift korttidsfamilj.....

Jag vill att verkställaren kontaktar mig

Jag vill ha fler rapportblad

Månadsrapporten skickas in den sista varje månad till:

Härnösands kommun  
Socialförvaltningen  
Omsorg om funktionshindrade  
871 80 Härnösand

Eller mailas till [birgitta.janzon@harnosand.se](mailto:birgitta.janzon@harnosand.se)

*Verkställarens kommentarer*

Ansvar 74501

Konto 516150

Arvode

Ersättning