



Kyrkslätt kommun
Vård- och omsorgsväsendet
Stöd för närståendevård

BLANKETT FÖR ANMÄLNING OM TILLFÄLLIG VÅRD

Den vårdbehövandes namn _____ Personbeteckning _____

Avlösarens namn _____

Ledighet för närståendevårdare (3 dygn / mån.) Rätten till ledighet kontrolleras varje månad. Man kan samla ledighet från flera månader och hålla en längre period ledigt. Ledigheten ska ändå hållas varje kalenderår. Arvode betalas endast till personer som har sökt och blivit godkända som tillfällig vårdare av Kyrkslätt kommun.

Vårdtider:

Datum	Klockslag
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Närståendevårdarens underskrift _____

Den tillfälliga vårdarens underskrift _____

Plats _____ Datum _____ / _____ 20 _____

Betalas (Tjänsteinnehavaren fyller i)

Vårdarvode som utbetalas _____ euro

Tjänsteinnehavarens underskrift _____

Datum _____ / _____ 20 _____

Anmälan om tillfällig vård bör göras **före den sista dagen av pågående månad** och alltid skriftligt på denna blankett. Den ifyllda blanketten skickas till adressen:

Stöd för närståendevård
Kyrkslätt kommun
PB 20
02401 Kyrkslätt