



UNDERLAG FÖR ARVODE – AVLASTNING för närståendevårdare

Varje avlastare ska lämna in skattekort ("för arvoden till närståendevårdare"), bankkontonummer samt adressuppgifter.

Månad: _____

Inkommit ___/___20__

Ordinarie vårdare som avlastats: _____

Datum	Vård dag	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			
Totalt:			

Vårdbehövandes namn: _____

Vårdarens ersättares namn: _____

Ersättarens underskrift: _____

Summa som utbetalas: _____

Godkänns för utbetalning, datum och underskrift: _____