



TILSYNSPERSON

Navn på tilsynsperson:

Navn:

Fødselsnr:

Adresse:

Bankkontonr:

E-mail (for sending av lønnslipp):

Tilsynspersonordningen gjelder:

Navn :

Adresse :

Fødselsnr:

Vedtak (fylles ut av barneverntjenesten):

Dato	Antall timer	Km- godtgjørelse (kun etter avtale)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SUM _____ timer

_____ Km

Attestert av:

Underskrift for barnevernstjenesten:

 (Den som får hjelpen eller en annen i huset)

 (fylles ut av barneverntjenesten)

Felt for utregning:

Skjemaet skal omfatte perioden fra den 7. i den ene måneden til den 6. i den påfølgende.
Skjemaet levers barneverntjenesten senest den 10. i hver måned.

