OPPDAL KOMMUNE
ENHET HELSE OG FAMILIE
BARNEVERNTJENESTEN FOR OPPDAL OG RENNEBU

AVLASTNING TIMER

Aktuell avlaster:

Navn: *Fødselsnr:*
Adresse: *Bankkontonr:*

E-mail (for sending av lønnslipp):

Avlastningsordningen gjelder:

Navn: *Fødselsdato:*
Adresse:

Vedtaksinnhold (fylles ut av barneverntjenesten)**:**

Dato	**Antall timer**	**Dokumenterte utgifter/Km.**
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	
SUM	_____timer	_____Kr/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.