OPPDAL KOMMUNE
ENHET HELSE OG FAMILIE
BARNEVERNTJENESTEN FOR OPPDAL OG RENNEBU

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.