



OPPDAL KOMMUNE
Hjemmetjenesten

AVLASTNING

Navn på avlaster

Fødselsnr.....

Avlastningsordningen gjelder for:

Navn

Fødselsdato

Dag og dato

Antall døgn

SUM: _____ **døgn**

Bekreftelse på avlastning:

(den som avlastningsordningen gjelder for, evt foresatte/hjelpeverge)

Skjemaet skal leveres hjemmetjenesten senest den 15. i hver måned

.....