

Fakturaunderlag utifrån
insatsredovisning:

Kalmar kommun
OMSORGSFÖRVALTNINGEN



Företag:	
Företags org.nr:	
PG/Bg:	
Telefon:	
Avser månad:	
Faktura nr:	

Kalmar kommun
Ref nr 215104
Box 953
831 29 Östersund

Bistånds- handläggare:	
---------------------------	--

Beskrivning:	Antal tim:	Kr/tim:	Belopp:
Service		336	
Personlig omvårdnad		336	
Hälso- och sjukvård		336	
Dubbelbemanning		168	
Larm		168	

Total summa:

Bokföringsorder för Kalmar Kommun

	Konto:	Ansvar:	Verksamhet:	Motpart:	Belopp:
Hemtjänst					
Hälso- och sjukvård					

Summa:

Datum:

Utförare:

Mottagningsattest:

Granskningsattest:

Beslutsattest:

--	--	--



Insatsredovisning

Ersättningsbeloppet gäller fr o m januari 2014
UTFÖRDA TIMMAR

Frånvaro/Avvikelse

Orsak enligt blanketten
Redovisning
frånvaro/avvikelse / hemtjänst

Utfört
totalt tim

Avvikelse

à 186 kr/t
Larm

Dubbelbemanning
Beslut slutg. Beslut utf.

à 336 kr/t
Hälsa- o sjukvård

à 336 kr/t
Personlig
omvårdnad

à 336 kr/t
Service

Beviljad tid av kommunen

Beviljad
Totalt

Hälsa- o
sjukvård

Biståndsbemiljad
hemtjänst

Privat utförare

Företag:

Företags org.nr:

PG/Bg:

Telefon:

Månad:

Faktura nr:

Ansvar nr:

Personnr

Namn

Totalt i timmar

Totalt i kronor

Totalt tim:

Totalt kr: