

Avtal - Korttidsfamilj enligt LSS

Socialförvaltningen

Avtalet gäller

Efternamn och förnamn	Kundnummer
-----------------------	------------

Korttidsfamilj

Efternamn och förnamn	Personnummer
Efternamn och förnamn	Personnummer
Bostadsadress, postnummer och ort	Telefonnummer

Beslut om insats enligt LSS

Beslutsdatum	§ LSS 9:6	Omprövningsdatum	Upphör datum
--------------	--------------	------------------	--------------

Ersättning

Arvodet per dygn i kronor. (Under lördag, söndag och helgdag utgår dubbelt arvode.)	
Omkostnadsersättningen per dygn i kronor	Ersättningen gäller från och med

Ersättningen betalas en gång per månad av kommunen, mot inskickad räkning av antalet dygn. För att utbetalning ska kunna ske samma månad ska räkningen ha inkommit senast den 5:e.

Beloppen omräknas varje årsskifte med hänsyn till basbeloppet. Uppsägningstiden som är 14 dagar är ömsesidig.

Mål med insatsen

--

Omprövning sker varje år. Socialförvaltningen förbinder sig att stödja korttidsfamiljen i uppdraget.

Av detta avtal tar parterna var sitt exemplar

Datum	Underskrift, chef enligt gällande delegationsordning, Socialförvaltningen	
Datum	Underskrift, korttidsfamilj	Underskrift, korttidsfamilj

Beslut om förlängning efter omprövning

Omprövningsdatum/beslut	§	Ny prövning	Handläggare	Signatur/delegation
1.				
2.				
3.				
4.				