

Social- och Äldreförvaltningen

Assistanssamordnare

Namn		Personnummer	
Adress	Postnummer	Ort	
Kontaktperson			
Telefon	E-post		
Bankgiro	Postgiro		
Kollektivavtal	Fullmakt <input type="checkbox"/> Bifogas		<input type="checkbox"/> Tidigare insänt

Assistansberättigad

Namn	Personnummer
Avser period	

Ordinarie assistent

Namn	Personnummer
------	--------------

Löneart	Timmar	Ordinarie lön	Sjuklön	Summa
Sjuklön dag 2-14				
Ordinarie lön under karensdag				
S:a semesterersättning				
Sjuk OB Kväll				
Sjuk OB Natt				
Sjuk OB Helg				
Sjuk OB Storhelg				
Sjukjour Vardag				
Sjukjour Helg				
SUMMA				
Sociala avgifter				
Sociala avgifter nedsatt				
Försäkringar				
Försäkringar nedatt				
Summa merkostnad vid sjukdom				

SOF175 2021-04-21

Fakturan samt alla bilagor sänds till:

 Haninge kommun
 REFID:350106
 Box 951
 831 29 Östersund