



Stöd Utveckling Hälsa
Box 73, 840 40 Svenstavik
0687 - 161 00

Arvodesräkning särskild förordnad vårdnadshavare

För perioden

.....

Underårigs namn	Personnummer
-----------------	--------------

Särskild förordnad vårdnadshavare

Efternamn, förnamn	Personnummer
Bostadsadress	Telefonnummer
Postadress	

Arvode	Antal timmar	Arvode/tim	Summa
Arvode enligt sammanställning			
Restid			
Reskostnad m.m (enligt bifogade kvitton)			
	Antal km.		
Bilersättning			
		Totalt	

Underskrift

Datum

Namnteckning

.....

Arvodesräkning - specifikation resor och ärende

Underårigs namn	Personnummer
-----------------	--------------

Använd blanketten både för besök, möten och eget arbete. Beskriv ärende t ex. möte, bankärende, telefonkontakter m.m.

Datum	Körsträcka (km)	Restid (tim)	Tid för ärendet (tim)	Beskrivning av uppgift/ärende
Totalt				

Att ovan noterade resor och besök gäller uppdraget som särskild förordnad vårdnadshavare intygas på heder och samvete.

Underskrift

Datum

Namnteckning

.....