

Omaishoitajan sijaisen kuukausiraportti

Sijaishoitajan nimi	Henkilötunnus (tarvitaan vain ensimmäisellä kerralla)
Osoite	Puhelinnumero
Tilinnumero	

Hoidettavan nimi	Henkilötunnuksen alkuosa
Osoite	Puhelinnumero

Ilmoitettava kuukausi	Lomake palautetaan viimeistään seuraavan kuukauden ensimmäisenä päivänä
------------------------------	---

Päivämäärä	Viikonpäivä	Työaika klo	Tunnit

 Päiväys

 Sijaishoitajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Omaishoitajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Lomakkeen palautusosoite:

Palveluohjaus, Varastotie 2, 84100 Ylivieska tai

 Sähköpostilla omaishoito@kalliopp.fi.

Sijaishoitaja toimittaa verokortin toimeksiantosopimuksen alussa postitse:

Kuntien Hetapalvelut / Ulla Salanne, Pajatie 5, 85500 Nivala