|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indberetningsskema** | | | | | | |
| Plejefamiliens navn: | | |  | | | |
| Plejefamiliens cpr.nr. | | |  | | | |
| Adresse: | | |  | | | |
| Postnummer: | | |  | | By: |  |
| Telefonnummer: | | |  | |  |  |
| *Indberetning vedrørende døgnpleje/aflastning skal være os i hænde* ***senest den 10. i måneden*** *for udbetaling til den 1. Indberetninger modtaget efter denne dato lønkøres i efterfølgende måned.* | | | | | | |
|  | | |  | |  |  |
| **Vedrørende:** | | | | | | |
| Barnets navn: | | |  | | | |
| Cpr.nr. | | |  | | | |
| Sagsbehandler: | | |  | | | |
| Familieplejekonsulent: | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
| Ekstra døgn: | | |  | | | |
| Øvrige bevilgede udgifter iflg. bilag: | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
| Dato: |  |  | |  | | |
|  |  |  | | (underskrift – plejefamilien) | | |
| Dato: |  |  | |  | | |
|  |  |  | | (underskrift – sagsbehandler) | | |