|  |
| --- |
| **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) |