

**Kund**

Rensa formuläret

Namn

Födelseid

**Stödperson**

Namn

Personbeteckning

Adress

Telefonnummer

E-postadress

Kontonummer i IBAN-format

**Medarbetare vid funktionshindersservicen**

Namn

**Sammanfattning av verksamheten (På skild bilaga vid behov)**

| Datum och tid | Arbetstimmar | Beskrivning av verksamheten | Jag ansöker om kostnadsersättning. Kostnadsersättningen är 10€ per gång, om stödpersonsverksamheten har orsakat kostnader. |
|---------------|--------------|-----------------------------|--|
|               |              |                             |  |
|               |              |                             |  |
|               |              |                             |  |
|               |              |                             |  |
|               |              |                             |  |
|               |              |                             |  |

Sammanlagt

**Stödpersonens underskrift**

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande

**Arvode (Fylls i av myndigheten)**

Euro i timme

Period

Euro sammanlagt

**Godkännande av arvode (Fylls i av myndigheten)**

Konto

Intern beställning

Mottagningsgranskare

Nummergranskare

Datum för godkännande

Godkännarens underskrift

Skicka ansökan till verksamhetsstället i ditt bostadsområde. Du hittar kontaktuppgifterna på adressen:  
[hel.fi/vammaissosiaalityo](http://hel.fi/vammaissosiaalityo).