

Begäran om verkställighet vid tillfällig vistelse i Östhammars kommun

Bosättningskommun	Handläggare
Telefon/mobil	E-post
Faktureringsadress	Organisationsnummer
Ev. ref.nr.	

Brukarens namn	Personnummer
Närståendes namn och telefonnummer	Beräknad vistelse from-tom
Adress i bosättningskommun	Vistelseadress i Östhammars kommun
Tele:	Tele:

Insats	Uppskattad/beslutad tid	Ersättningsbelopp*

*Ange kr per timme för hemtjänstinsatser och lämplig kostnadsangivelse för övriga insatser

För att Östhammars kommun ska kunna utföra insatser ska begäran och underlag ha inkommit **senast fyra veckor** innan brukarens ankomst. Bifoga utredning och genomförandeplan eller annan specifikation av insatser som underlag.

Fakturering kommer att ske månadsvis och sker utifrån bosättningskommunens ersättningsbelopp.

Blanketten och underlag ska skickas till: Omsorgskontoret, Box 36, 742 21 Östhammar.

_____ Ort/datum	_____ Handläggares underskrift (bosättningskommunen)
--------------------	--

Ovanstående begäran bekräftas
(fylls i av Östhammars kommun)

Datum _____	Namn _____
-------------	------------

Telefonnr _____	E-post _____
-----------------	--------------