Underlag för tillfällig vistelse i Götene kommun (avtal)

Personuppgifter

|  |  |
| --- | --- |
| Namn | Personnummer |
| Adress | Postnr       ort |
| Telefon | Mobil |
| Semester/sommaradress | Postnr       ort |
| Närståendes namn och telefonnummer |  |
| Beräknad vistelse fr.o.m. | T.o.m. |

Uppgifter om behov av SoL-insatser

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Insats | Beviljad tid (ange total tid vid dubbelbemanning) | Behov av dubbel-bemanning  Ja/nej |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Timtaxa/kostnadsersättning |  |

Uppgifter om behov av HSL-insatser

|  |  |
| --- | --- |
| Insats | Beviljad tid |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Timtaxa/kostnadsersättning |

Uppgifter från bosättningskommun

|  |  |
| --- | --- |
| Aktuell handläggare | Telefon |
| E-post | |
| Aktuell utförare | Telefon |
| E-post | |

Bosättningskommunens faktureringsadress

|  |  |
| --- | --- |
| Kommun | Best-ID/Ref |
| Adress | |
| Telefon | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Underskrift

**Utredning/beslut och ifylld blankett för debitering sänds till:**

**Götene kommun Biståndsenheten Torggatan 4 533 21 Götene**

**Eller per fax 0511- 38 64 02**

**Vid frågor kontakta:**

Biståndsenheten

Växel: 0511-38 60 00

E-post: [bistandsenheten@gotene.se](mailto:bistandsenheten@gotene.se)

Fakturaadress