OPPDAL KOMMUNE
ENHET HELSE OG FAMILIE
BARNEVERNTJENESTEN FOR OPPDAL OG RENNEBU

STØTTEKONTAKT

Aktuell støttekontakt:

Navn: *Fødselsnr:*

Adresse: *Bankkontonr:*

E-mail (for sending av lønnslipp):

Støttekontaktordningen gjelder:

Navn: *Fødselsdato:*

Adresse:

Vedtaksinnhold (fylles ut av barneverntjenesten)**:**

Dato	**Antall timer**	**Dokumenterte utgifter**
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	
SUM	_____timer	_____Kr,-

Attestert av:

_____
(Den som får hjelpen eller en annen i huset)

Underskrift for barnevernstjenesten:

_____
(fylles ut av barneverntjenesten)

Felt for utregning:

Skjemaet skal omfatte perioden fra den 7. i den ene måneden til den 6. i den påfølgende.
Skjemaet skal være mottatt av Helse og familie senest den 10. i hver måned.