

Vård- och omsorgsförvaltningen

FÖR ERSÄTTNING ENLIGT LOV

Interna utförare skickar detta underlag till:Vård- och omsorgsförvaltningen
Ekonomiassistent**Externa utförare skickar detta underlag till:**Katrineholms kommun
Vård- och omsorgsförvaltningen
Box 472
641 27 KATRINEHOLM

Debiteringsunderlag för ersättning enligt lagen om valfrihetssystem (LOV)

Utförare

--

Period

Månad	År
-------	----

Utförd tid/insats (exkl. bomtid)

Omvårdnad	Akuta insatser	Hemsjukvård	Service
-----------	----------------	-------------	---------

Utförd tid/område (exkl. bomtid)

Landsbygd	Tätort	Servicehus
-----------	--------	------------

Varav beslutad dubbelbemanning

Landsbygd	Tätort	Servicehus
-----------	--------	------------

Varav avlösning och ledsagning

Antal timmar avlösning	Antal timmar ledsagning
------------------------	-------------------------

Varav mottagningstimme antal timmar

Landsbygd	Tätort	Servicehus
-----------	--------	------------

Bomtid antal timmar

Landsbygd	Tätort	Servicehus
-----------	--------	------------

Handledning

Antal timmar

Information till granskare

Datum

Underskrift

.....