



ULRICEHAMNS  
KOMMUN

**Uppgifter om korttidsvistelse i stödfamilj**

Gällande:  
Personnummer:.....  
Namn:.....  
Adress:.....

Åldersgrupp <input type="checkbox"/> 0-12 år <input type="checkbox"/> 13-19 år <input type="checkbox"/> Vuxna								
Ankomst datum	Klockan	Avresa datum	Klockan	Antal frukost	Antal lunch	Antal mellanmål	Antal kvällsmål	Antal dygn (fylls ej i)
Fylls ej i: antal/pris								S:a dygn Arv: Omk:
Summa								Kostavg. S:a kr.

.....  
Ort och datum

.....  
Ort och datum

.....  
Namnteckning stödförälder

.....  
Namnteckning förälder

.....  
Personnummer stödförälder

**Blanketten Skickas till:**  
Ulricehamns kommun  
Ulricehamns resurscenter, Handläggarenheten  
Hestervägen 3B  
523 38 ULRICEHAMN

.....  
Namnteckning LSS-handläggare