



**Opgørelse over aflastning** (ansættelse før 1.10.1998)  
(ændret pr. 1. januar 2003)

Til sagsbehandler: \_\_\_\_\_

**Aflastningsfamilie:**

Cpr. nr.	Tjenestenr.	Navn
		Bopælsadresse

**Plejebarn:**

Cpr. nr.	Navn
----------	------

Lønart	Perioder	
	Antal dage	Dato
850		

Lønart (udfyldes af Psykiatri- & Handicapafdelingen)	Transport		
	Dato	Formål	Kørsel Fra - til
916			

I alt

**Øvrige udgifter**

Aktivitet	Beløb

Underskrift

\_\_\_\_\_  
Dato Plejefamilie

**Bemærk: Der skal udfyldes én blanket pr. barn.**

**Du skal indsende opgørelsen til sagsbehandleren inden d. 2. i måneden, hvis du ønsker udbetaling omkring den 17. i måneden. Bemærk, at øvrige udgifter refunderes uafhængigt af plejelønnen.**

Udfyldes af Psykiatri- og Handicaprådgivningen:

Opdateret 23.03.2009

\_\_\_\_\_  
Dato Sagsbehandler (attestation) Anvisning

