



Sätt kryss för hela dygn. Redovisningen kan INTE lämnas in i förskott.

Redovisningen skickas till Mariefhamns stad, äldreomsorgen senast den **5:e i månaden** efter aktuell redovisningsmånad.

Månad och år: _____

Datum	Vård av närståendevårdaren	Vård av annan än närståendevårdaren	Plats (t.ex sjukhus, korttidsvård)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

Vårdtagarens namn: _____

Vårdarens underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Skickas till Äldreomsorgen i Mariefhamn
PB 5 22101 MARIEHAMN eller e-post till
aldreomsorg@mariefhamn.ax

Summa arvode. Fylls i av Mariefhamns stad.



Anvisningar för ifyllandet av *Underlag för närståendevårdsarvode*

- ✓ **Vård av närståendevårdaren**
Kryssa för de dagar som du som närståendevårdare vårdar din anhörig eller närstående i hemmet.
 - Om du erhåller närståendevård enligt vårdklass 1, förutsätts inte nödvändigtvis att vårdaren och vårdtagaren bor i samma hushåll, men vårdaren bör förbinda sig till daglig omsorg och vård och du erhåller fullt stöd.
 - Sätt kryss i rutan för rätt dagar.

- ✓ **Vård av annan än närståendevårdaren**
Kryssa för de dagar som dina anhörige vårdas utanför hemmet
Varje månad erhåller du som närståendevårdare 5 dagar lagstadgade ledighet.

- ✓ **Plats (t.ex. sjukhus, korttidsvård)**
Skriv i plats där din anhörige vårdats, t.ex har haft en sjukhusvistelse eller en vistelse inom korttidsvården.

Tips! Det går också att sända in underlaget via e-formulär i stället för via denna blankett.
Där som signatur identifierar du dig digitalt (med exempelvis bankkoder). Läs mer på
www.mariehamn.ax/narstandevard