KAINUUN hyvinvointialue

Tukihenkilön tuntilista

kuukausi _____ / 20_____

Tukihenkilön nimi	Syntymäaika	Puhelin
Osoite	Sähköposti	
Tuettavan henkilön (asiakkaan) nimi	Syntymäaika	Puhelin
Tuettavan henkilön (asiakkaan) huoltajan nimi ja yhteystiedot (täydennetään tarvittaessa)		
Paikka	Päiväys . .20	

_____ _____

Tuetun henkilön nimenselvennys ja allekirjoitus tai huoltajan nimenselvennys ja allekirjoitus

Tukihenkilön allekirjoitus

Sopimuksessa myönnetty / tuntia kuukaudessa	Sopimus päättyy (pvm): . .20

Pvm	Työaika (klo–klo)	Työtunnit yht.	Huomautukset
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.			
	Yht.		

Allekirjoittu tuntilista tulee toimittaa kaupungin/kunnan kehitysvammapalvelujen sosiaalityöntekijälle tai -ohjaajalle viimeistään tuntilistan maksettavia tunteja seuraavan kuukauden 9. päivä, jolloin palkkio maksetaan kuukauden viimeinen palkkapäivä. Mielellään vielä aikaisemmin, mikäli mahdollista. Huom! 9. päivän jälkeen saapuneet tuntilistojen tunnit maksetaan seuraavan palkkionmaksun yhteydessä.