

Ændring i timetal §§ 95 & 96

Handicaphjælper:

Navn: _____

Cprnr.: _____

Tjenestenr.: _____

Arbejdsgiver:

Navn: _____

Cprnr.: _____

Dato for ændring i timetal: _____

Evt. stopdato for timetalsændringen: _____

Timetal pr. uge ændres fra: _____ timer pr. uge til _____ timer pr. uge

Ændres timetallet i nedadgående retning, og det ikke er efter ønske fra Handicaphjælperen, kan ændringen kun ske med det individuelle varsel Handicaphjælperen har.

Dato

Underskrift Borger

Dato

Underskrift Handicaphjælper

Indsendes til Sundhed og Handicap senest den 3. hverdag i måneden

Dato

Underskrift bevillingsmyndighed