

SAMRÅDSAVTAL

Samrådsavtal gällande år.....

Den boendes namn.....

Boende på enhet.....

Anhörig/god man/förvaltare namn.....

Kontaktpersonens namn.....

Mellan ovanstående har följande överenskommits:

Fickpengar till den boende att fritt disponera per månad.....kr

Kontanter som omsorgspersonalen handhar per månad.....kr

Dessa ska användas till;

	Ingår	Ingår ej
Hårvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygienartiklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fritidsaktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tandvård, läkarvård, läkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klädinköp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klädvård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dagstidning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kortare resor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Övriga överenskommelser

- Posten sänds till.....
- Kostnad för eftersändning betalas av den boende själv.
- Inköp av kassaskrin och plånbok betalas av den boende själv.
- Redovisning sker till anhörig/god man/förvaltare sker en gång per år
 efter räkenskapsårets slut
 senast den 31/1.
- Efter avstämning av anhörig/god man/förvaltare godkänns räkenskaperna skriftligen och verifikationer överlämnas och kvitteras.
- Det är enbart omsorgspersonalen som har tillgång till kontantkassor och räkenskaper.
- Anhörig/god man/förvaltare har i och med undertecknande av samrådsavtalet delgivits kommunens policy för hantering av privata medel.
- Vem bekostar reparationer för sönderslagna och förslitna varor/inventarier
.....
.....
.....
- Inventarieförteckning
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Övrigt

.....
.....
.....
.....

Datum:

Underskrift av den boende.....

Underskrift av anhörig/god man/förvaltare.....

Underskrift av kontaktman.....

*Original förvaras på enheten i den boendes akt
Kopia till boende, anhörig/god man/förvaltare*

Överlämnande av verifikationer

Emottagit verifikationer/kvitton för år.....

Den boendes namn.....

Boende på enhet.....

Datum:

.....
Underskrift av anhörig/god man/förvaltare

Godkännande av räkenskaper

Härmed godkänner jag omsorgspersonalens redovisning för räkenskapsåret.....

för.....

Namn på den boende

på enheten.....

Datum:

.....
Underskrift av anhörig/god man/förvaltare