**Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä**
Kehitysvammapalvelut

**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<br>. .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.