

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

Hårvård	☐ Ingår	☐ Ingår ej
Hygienartiklar	☐ Ingår	☐ Ingår ej
Fotvård	☐ Ingår	☐ Ingår ej
Fritidsaktiviteter	☐ Ingår	☐ Ingår ej
Tandvård, läkarvård, läkemedel	☐ Ingår	☐ Ingår ej
Klädinköp	☐ Ingår	☐ Ingår ej
Klädvård	☐ Ingår	☐ Ingår ej
Dagstidning	☐ Ingår	☐ Ingår ej
Telefon	☐ Ingår	☐ Ingår ej
Kortare resor	☐ Ingår	☐ Ingår ej

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 (om utrymmet inte räcker går det bra att upprätta inventarieförteckning som separat bilaga)		
Övrigt		

Underskrift

.....
Datum

.....
Ort

.....
Underskrift av den boende

.....
Datum

.....
Ort

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

.....
Datum

.....
Ort

.....
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

.....
Ort

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

Godkännande av räkenskaper

Härmed godkänner jag omsorgspersonalens redovisning för räkenskapsåret
för (namn på den boende)
på enheten

.....
Datum

.....
Ort

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