



Sijaishoitajan nimi: \_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

Puhelinnumero: \_\_\_\_\_

Pvm	Tuloaika ja lähtöaika	Yhteensä

Hoidettavan nimi: \_\_\_\_\_

Allekirjoituksilla vahvistamme annetut tiedot oikeiksi

Omaishoitajan allekirjoitus ja nimenselvennys: \_\_\_\_\_

Sijaishoitajan allekirjoitus ja nimenselvennys: \_\_\_\_\_

Lomake tulee palauttaa omaishoidon palveluohjaajalle seuraavan kuukauden 3. päivään mennessä, jotta palkkio ennättää 15. päivän palkan maksuun.

**PALAUTUSOSOITE:**

**Ylä-Savon Sote**  
**Asiakasneuvonta Ohjuri/ Omaishoito**  
**Satamakatu 10-12, 74100 Iisalmi**

Lomakkeen voi myös palauttaa Torikulman ulkopuolella olevaan postilaatikkoon tai Asiakasneuvonta Ohjurin tilassa olevaan postilaatikkoon

-----  
työntekijä täyttää

Saapunut: \_\_\_\_\_

Populus: \_\_\_\_\_

Työntekijä: \_\_\_\_\_