

Rensa formuläret

Arbetsgivarens eller ställföreträdande arbetsgivarens efternamn		Arbetsgivarens eller ställföreträdande arbetsgivarens förnamn	
Den assisterades förnamn (om ej arbetsgivare)		Den assisterades efternamn (om ej arbetsgivare)	
Assistentens efternamn	Assistentens förnamn	Assistentens födelsedatum	
Assistansbeslutets nummer			

Datum	Veckodag	Klockslag när arbetsdagen börjar och slutar	Anmärkningar (T.ex. sjukledigt, avbrott i arbetet, olycka)	Timmar
Arbetsdagar sammanlagt			Totalt antal timmar	
Datum	Assistentens underskrift och namnförtydligande		Arbetsgivarens underskrift och namnförtydligande	

Blanketten sänds till:

Talpa / Henkilökohtainen apu, PL 231, 00099 HELSINGIN KAUPUNKI
talpa.suoratyo@hel.fi