

Skicka timlistan till adressen:
Handikappservicen, Personlig assistans,
PB 2513, 02070 ESBO STAD

Eller per e-post till adressen:
vammaispalvelut@espoo.fi

TIMLISTA FÖR UPPFÖLJNING AV ARBETSTIDEN

Anställd med timlön

Månad _____

Arbetstimmarna för perioden 1. – 15. dagen i månaden.

Skicka timlistan till handikappservicen senast den 18 dagen i månaden.
Lönebetalningsdagen är den 15 dagen följande månad.

Arbetsgivarens Efternamn		Förnamn		Personbeteckning	
Telefonnummer	E-postadress			Arbetsgivaren är medlem i Heta-förbundet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Assistanstagarens efternamn och förnamn (om inte arbetsgivare)					
Arbetslagarens Efternamn		Förnamn		Personbeteckning	
Telefonnummer	E-postadress				
IBAN-kontonummer		Är arbetslagaren make eller maka, barn, förälder, mor- eller farförälder, sambo, syskon eller barnbarn till arbetsgivaren eller assistanstagaren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			

Löneräkningens koder					960	983	930	964	
Dag	Veckodag	Arbets- dagen började	Arbets- dagen slutade	Timmar totalt	Vardags- kväll kl. 18–23 (15 %)	Lördag kl. 6–23 (20 %)	Söndag, Helgdag kl. 00–24 (100 %)	Natttid kl. 23–6 (30 %)	Anmärkningar, t.ex. sjukskränvaro, semester (fyll också i en frånvaroblankett)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
Beräkna totala antalet timmar									

Jag försäkrar att uppgifterna är riktiga.

Datum och arbetsgivarens underskrift: ____ . ____ . 20 ____

Myndigheten fyller i		Timmar totalt	960	983	930	964	Godkännarens underskrift
	Godkända timmar						
	Verksamhetsenhetens nummer: 950901		Arbetsgivarens arbetsplatsnummer: _____				

9.2018