Haninge kommun

Socialförvaltningen

Skickas till:
sof.personal@haninge.se

Rapportering – HAB-ersättning

Månad: _____

Rapporten ska vara inlämnad senast den 3:e varje månad

Namn på verksamheten

Namn		**Personnummer**	**Timmar**	***(gånger)**	**Summa**	**Noteringar**
1.				**4,9**	**0**	
2.				**4,9**	**0**	
3.				**4,9**	**0**	
4.				**4,9**	**0**	
5.				**4,9**	**0**	
6.				**4,9**	**0**	
7.				**4,9**	**0**	
8.				**4,9**	**0**	
9.				**4,9**	**0**	
10.				**4,9**	**0**	
11.				**4,9**	**0**	
12.				**4,9**	**0**	
13.				**4,9**	**0**	
14.				**4,9**	**0**	
15.				**4,9**	**0**	
16.				**4,9**	**0**	
17.				**4,9**	**0**	
18.				**4,9**	**0**	
19.				**4,9**	**0**	
20.				**4,9**	**0**	
21.				**4,9**	**0**	
22.				**4,9**	**0**	
23.				**4,9**	**0**	
24.				**4,9**	**0**	
25.				**4,9**	**0**	
		Summa			**0**	