



Avropsavtal för placering i HVB

Namn	Personnummer
------	--------------

HVB-hemmet

Namn	
Kontaktuppgifter	Telefon

Handläggare i Haninge

Namn	Telefon
------	---------

Planerad tid för insatsen

Från och med	Till och med
--------------	--------------

Ange vilket avtal som gäller enligt nedan

Avtalsnummer för barn och ungdom
<input type="checkbox"/> HVB för barn unga dnr. 60/2011
Avtalsnummer för vuxna
<input type="checkbox"/> Behandlingshem, manualbaserad och/eller evidensbaserad. dnr. 61.1/2011
<input type="checkbox"/> Behandlingshem för personer med samsjuklighet, dnr. 61.2/2011
<input type="checkbox"/> Stödboende/HVB-hem, dnr. 61.3/2011
<input type="checkbox"/> Stödboende med någon form av kontrakt, dnr. 61.4/2011
<input type="checkbox"/> Boende med tillsyn, dnr. 61.5/2011
<input type="checkbox"/> Omvårdnadsboende, dnr. 61.6/2011
<input type="checkbox"/> Länkverksamhet, dnr. 61.7/2011
<input type="checkbox"/> Familjeorganisationer, dnr. 61.8/2011
<input type="checkbox"/> Viss annan heldygnsvård (enligt 7.1.3 SoL)
<input type="checkbox"/> Viss annan heldygnsvård för person med psykisk funktionsnedsättning, dnr. 62/2011