



## BESTÄLLNING AV INSATSER VID TILLFÄLLIG VISTELSE

Till \_\_\_\_\_ kommun

 SOL LSS

Beställningen gäller:

Namn

Personnummer

--	--

Bostadsadress, postnummer, postadress

--

Telefonnummer

Ev mobilnummer

--	--

Adress vid den tillfälliga vistelsen

--

Kommer att visas i er kommun fr o m

t o m

Beställning:

--

Bifogas

Ansvarig beställare

Telefonnummer

--	--

## OMSORGSFÖRVALTNINGEN 2020

Ersättningsnivåer som vistelsekommun ska fakturera Sölvesborgs kommun, då person från Sölvesborgs kommun tillfälligt vistas i annan kommun.

Insats	Sölvesborgs kommuns kostnader
SoL-insatser service och omsorg	465 kr/utförd brukartimme
Larminsatser	Som övriga SoL-insatser
Larminstallation	275 kr
Matdistribution	63 kr/portion
Övriga insatser	Meddelas om brukaren omfattas av andra beslut än ovanstående

### Tid

Tid hos brukare för insatser och larm ska dokumenteras med elektroniskt mät-instrument eller i manuell tidrapport, som skickas med fakturan. Om utförd tid överstiger beställd schablontid, måste skälen för detta redovisas skriftligt till ekonom Linda Nilsson, telefon 0456-81 60 25, som bedömer om ersättning ska utbetalas utöver schablontid.

### Kommersiella villkor

Faktureringsavgifter eller liknande avgifter accepteras ej.

Om parterna inte kommer överens om annat så gäller 30 dagar efter godkänd ankommen faktura.

Vid försenad betalning utgår dröjsmålsränta enligt räntelagen.

Dröjsmålsräntebelopp understigande 100 kr ersätts ej.

Beställaren ska erhålla faktura på den mottagaradress som angetts.

Förutom de uppgifter som beskriver vad som avses så ska fakturan innehålla uppgifter om post-/bankgiro, organisationsnummer, innehav av F-skattebevis, adress och telefonnummer.

### Faktureringsadress:

Sölvesborgs kommun, Box 218, 294 25 SÖLVESBORG

Angre referensnummer: 2074000



SÖLVESBORGS KOMMUN

## BEKRÄFTELSE

Vi önskar få en bekräftelse tillbaka att ni tagit emot beställningen.

Bekräftelsen mailas till [omsorgsverksamheten@solvesborg.se](mailto:omsorgsverksamheten@solvesborg.se)

Jag har mottagit beställning på person som tillfälligt ska vistas i vår kommun.

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

Titel

Telefonnummer

Personen det gäller:

Namn