

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 16. – sista dagen i månaden.**  
Skicka timlistan till handikappservicen senast den 3 dagen i månaden.  
Lönebetalningsdagen är den sista dagen i månaden då listan skickats.

<b>Arbetsgivarens</b> 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)					
<b>Arbetstagarens</b> Efternamn		Förnamn		Personbeteckning	
Telefonnummer		E-postadress			
IBAN-kontonummer		Är arbetstagaren 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 %)	Nattetid kl. 23–6 (30 %)	Anmärkningar, t.ex. sjukskränvaro, semester (fyll också i en frånvaroblankett)
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
<b>Beräkna totala antalet timmar</b>									

Jag försäkrar att uppgifterna är riktiga.

Datum och arbetsgivarens underskrift: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_

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