MELLERUDS KOMMUN

# Månadsrapport för Kontaktperson enligt LSS och SOL

Kontaktperson: _____

Brukare: _____ Person nr: _____

År: _____ Månad: _____

| Dag & datum | Aktivitet | Endast tel kontakt |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

---
Underskrift kontaktperson

**Rapporten skall vara inlämnad senast den 7:e i varje ny månad**

**Socialförvaltningen**
Sektorn Stöd och service
Enhetschef övrig LSS
Postadress: 464 80 MELLERUD
0530-181 59 ·

**Socialförvaltningen**
Sektorn Stöd och Service
Enhetschef Socialpsykiatrin
464 80 Mellerud
0530-181 21