

Følgepersonell

- refusjonsskjema for utgifter

Følgende må være fylt ut for at refusjon skal kunne utbetales.

Faktura merket Prosjekt 171225 Følgepersonell fra kommunen – refusjon av kostnader

Løpenummer pasient (kommune)

NPR ID (sykehus)

se inngått avtale

Opplysninger om følgepersonell

Er følgepersonellet fra vikarbyrå? Ja Nei

Er det avtalt overtid eller forskjøvet arbeidstid? Ja Nei

Hvis ja, oppgi antall timer og sats: timer sats

Eksempel (minimum som må være med i vedlagte faktura fra kommunen)

Dato	Vakt	Navn	Timer	Timelønn	Tillegg	Totalt
19.07.24	19.00–22.00		3	207,20		621,60
		kveldstillegg	4	56,00		224,00
		natt-tillegg	1	70,00		70,00
		lørdagstillegg	0	70,00		
19.07–20.07.24	21.30–08.30		11	323,08		3 553,88
		kveldstillegg	0	56,00		
		natt-tillegg	8,5	70,00		595,00
		lørdagstillegg	8,5	70,00		595,00
					sum	5 659,48
					Totale lønnsutgifter, uten sosial avgifter	5 659,48
					xx % Feriepenger	YY
					xx % KLP	YY
					xx % Arbeidsgiveravgift	YY
					Sum lønnsutgifter ved sykehusinleggelse	X XXX,XX

Arbeidstimer totalt (antall) Reisekostnader totalt (sum) Kost og losji totalt (sum) Refusjonsbeløp totalt (sum)

Vedlegg Signert avtale følgepersonell og relevant dokumentasjon/faktura (lønn, reisekostnader, kost og losji mm)

Betalingsvilkår Kommunen forskutterer lønn og utgiftskompensasjon. Refusjonskrav sendes Sykehuset Innlandet innen to måneder etter pasientens utskrivelse.

Dato:

Kommune, ansvarlig leder (sign.)

Kontonummer for utbetaling

Dato:

Sykehuset Innlandet, ansvarlig leder (sign.)

Ansvarsnummer