Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue
Västra Nylands välfärdsområde

Måltidsersättning
Faktura på måltidsersättning för den personliga assistenten

För varje dag ifylls en skild blankett.

Myndigheten fyller i:	Verksamhetsenhetens nummer _____	Arbetsgivarens arbetsplatsnummer _____

Uppgifter om arbetstagaren

Arbetstagarens förnamn	Arbetstagarens efternamn
Arbetstagarens adress	Arbetstagarens postnummer och postanstalt

Uppgifter om resdagen och villkoren för måltidsersättning

Grundläggande villkor för måltidsersättning

☐ 1. Resan gjordes till en annan plats än den reguljära arbetsplatsen

☐ 2. Arbetstagaren hade inte möjlighet att laga sin egen mat och måltiden ordnades heller inte på annat sätt

Resans datum	Resan inleddes kl.	Resan avslutades kl.	Restid i timmar

Resans längd

☐ Resans längd var över 8 men under 10 timmar, rätt till en måltidsersättning

☐ Resans längd var över 10 timmar, rätt till två måltidsersättningar

Lunch- och middagstider

☐ Lunchtiden kl. 11–13 ingår i restiden

☐ Middagstiden kl. 17–19 ingår i restiden

Arbetsgivarens kontaktuppgifter

Arbetsgivarens förnamn	Arbetsgivarens efternamn
Arbetsgivarens adress	Arbetsgivarens postnummer och postanstalt
Arbetsgivarens telefonnummer	Arbetsgivarens e-postadress
Konto till vilket ersättningen betalas (IBAN)	
Assistanstagarens efternamn och förnamn (om inte arbetsgivare)	

Datum och arbetsgivarens underskrift:

Jag försäkrar att uppgifterna är riktiga.

Datum	Arbetsgivarens underskrift och namnförtydligande

Skriv ut blanketten | Radera