

ATERIAKORVAUS
Henkilökohtaisen avustajan ateriakorvauslasku
(jokaiselta päivältä oma lomake)

Viranomaisen täyttää:

Toimintayksikkönumero 950901

Työnantajan työpistenumero _____

TYÖNTEKIJÄN TIEDOT

Työntekijän etunimi	Työntekijän sukunimi
Työntekijän katuosoite	Työntekijän postinumero ja -toimipaikka

TIEDOT MATKAPÄIVÄSTÄ JA ATERIAKORVAUKSEN SAAMISEN EHDOSTA

Ateriakorvauksen perusehdot			
<input type="checkbox"/> 1. Matka suuntautui tavanomaisen työskentelypaikan ulkopuolelle			
<input type="checkbox"/> 2. Työntekijällä ei ollut mahdollisuutta valmistaa ruokaansa, eikä ruokailua järjestetty muulla tavoin			
Matka pvm	Matka alkoi klo	Matka päättyi klo	Matka-aika tuntia
Matkan kesto			
<input type="checkbox"/> Matkan kesto yli 8, mutta alle 10 tuntia, oikeus yhteen ateriakorvaukseen			
<input type="checkbox"/> Matkan kesto yli 10 tuntia, oikeus kahteen ateriakorvaukseen			
Lounas- ja päivällisajat			
<input type="checkbox"/> Lounasaika klo 11–13 sisältyy matka-aikaan			
<input type="checkbox"/> Päivällisaika klo 17–19 sisältyy matka-aikaan			

TYÖNANTAJAN YHTEYSTIEDOT

Työnantajan etunimi	Työnantajan sukunimi
Työnantajan katuosoite	Työnantajan postinumero ja -toimipaikka
Työnantajan puhelinnumero	Työnantajan sähköpostiosoite
Tilinumero, jolle korvaus maksetaan (IBAN)	
Avustettavan sukunimi ja etunimet (jos eri kuin työnantaja)	

PÄIVÄYS JA TYÖNANTAJAN ALLEKIRJOITUS

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi.	
Päiväys	Työnantajan allekirjoitus ja nimenselvennys

LOMAKKEEN PALAUTUS

Palauta lomake osoitteeseen:
Vammaispalvelut, Henkilökohtainen apu
PL 2513
02070 Espoon kaupunki

tai sähköpostitse:
vammaispalvelut@espoo.fi

7.2016