

TIDRAPPORT FÖR **KAP** (Kommunalt arbetsmarknadsprogram)

År	Mån	Praktik/utbildningsplats	Bankens namn du vill ha pengarna insatt på
Personnummer		Namn	Clearingsnummer och konto
Adress		Post.nr och ort	OBS! Bankkonto måste fyllas i varje månad. Saknas detta så kommer lönen på utbetalningsavi.

OBS!! Tidrapporten lämnas in senast den 5:e varje månad.

Datum	Tid kl From-tom	Närvaro antal timmar	Sjuk /vård av barn antal timmar	Ledighet e a antal timmar	Ledig av handl. med ers antal timmar	Ledighet utan ers antal timmar	Anteckningar:
1-31							
1	-						
2	-						
3	-						
4	-						
5	-						
6	-						
7	-						
8	-						
9	-						
10	-						
11	-						
12	-						
13	-						
14	-						
15	-						
16	-						
17	-						
18	-						
19	-						
20	-						
21	-						
22	-						
23	-						
24	-						
25	-						
26	-						
27	-						
28	-						
29	-						
30	-						
31	-						
Summa							
Sjukdom anmäلت:	Ungdomens underskrift:			Handledarens/ lärarens underskrift			
				1. 2.			

IFYLLES **ENDAST** AV VÄGLEDNINGSCENTRUM

KAP ersättning förmån	Kr:.....	Extra ers. (mot kvitto)	Kr:.....	Närv. dag	Sjuk v.a.b	Led m ers	Led u ers	Utbet. datum
Avdrag förmån	Kr:.....	Summa att betala ut	Kr:.....					

ANSVAR	SLAG	VERKSAMHET	PROJEKT	AKTIVITET
701	5511	1312		381
Beslutsattest				