

Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS

Den assistansberättigades namn	Personnr
Adress och postadress	Telefon
Eventuell e-postadress	

Assistanssamordnare/ombuds namn	Telefon	Uppdrag
		Fullmakt
Adress och postadress		<input type="checkbox"/> Bifogas <input type="checkbox"/> Tidigare insänt
Kontaktperson utförare	E-post utförare	

Ersättning utbetalas till konto nr	Bank	Clearingnr
------------------------------------	------	------------

Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent	Personnr	Anställningsnr
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum)	Karensdag (datum)	

Namn på vikarie under ordinarie assistents sjukfrånvaro	Har arbetat datum	Klockslag	Ant tim	Timlön

Bifogas

- Anställningsavtal ordinarie personlig assistent + vikarie
- Underlag som styrker ordinarie assistents sjukfrånvaro
- Kopia på löneutbetalning eller annat som styrker att kostnaderna är utbetalda – ordinarie pers.ass. och vikarie
- Tidrapport till försäkringskassan – ordinarie pers.ass. och vikarie
- Kompletta ifylld sammanställning som visar faktisk merkostnad (styrkande av merkostnadens storlek, sid 2)

Fullmakt från brukaren att ansöka om bistånd enligt LSS §2 har inhämtats datum: _____

Sammanställning – Styrkande av merkostnadens storlek

För förtydligande av begärda uppgifter se SKL cirkulär 2006:39

Ange aktuellt kollektivavtal

Ordinarie personal

	Timmar	Ord lön kr/tim	Sjuklön kr/tim	Summa
Karensdag				
Semesterers. under karensdag				
Sjuklön dag 2-14				
Semesterers. dag 2-14				
OB Kväll vid sjukdom				
OB Natt vid sjukdom				
OB Helg vid sjukdom				
OB Storhelg vid sjukdom				
Jour/beredskap vardag sjukdom				
Jour/beredskap helg sjukdom				
Försäkrings- och pensionskostnader				
Sociala avgifter				
				Summa

Vikarie

	Timmar	Vik lön kr/tim	Summa
Lön karensdag			
Semesterers. karensdag			
Lön dag 2-14			
Semesterers. dag 2-14			
OB Kväll			
OB Natt			
OB Helg			
OB Storhelg			
Jour/beredskap vardag			
Jour/beredskap helg			
Försäkrings- och pensionskostnader			
Sociala avgifter			
			Summa

Redovisade antal timmar till FK för utförd assistans under sjukperioden	Kr/tim	Timmar	Summa

Summa merkostnad för perioden – **Att utbetala**

Att ovanstående uppgifter är riktiga intygas härmed samt att jag godkänner registrering av personuppgifter:

Datum	Underskrift av den assistansberättigade eller ombud samt namnförtydligande
-------	--

Ansökan skickas till: Socialförvaltningen, Svampstigen 107, 66391 Hammarö