

Begäran om och Redovisning av ekonomisk ersättning vid ordinarie assistents sjukdom. Personlig assistans 9:2§ LSS

Begäran avser sjukperiod:	Merkostnad för perioden:
---------------------------	--------------------------

1. Personuppgifter

Den assistansberättigades namn:	Personnummer:
---------------------------------	---------------

2. Företrädare betalningsmottagare

Legal företrädare/ombud namn:	Plus - Bankgrio: Referensnummer:
Kontaktperson:	Telefonnummer:
E-post utförare:	Fullmakt: <input type="checkbox"/> Bifogas <input type="checkbox"/> Tidigare insänt

3. Redovisning av ordinarie personlig assistents sjukperiod och vikarier under perioden

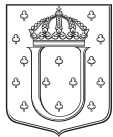
Ordinarie personlig assistens (namn):	Personnummer:	Karensdag:	Dag 2-14
Vikarie:	Personnummer:	Arbetat datum	Från kl. Till kl.

Till begäran bifogas:

- Sjuktidrapport - Sjukförsäkrans som styrker ordinarie assistents sjukdom
- Kopia på löneutbetalning - ordinarie personlig assistent och vikarier
- Kopia på tidsredovisning till Försäkringskassan - ordinarie personlig assistent och vikarie
- Kompletta ifyllda sammanställningar som visar att faktisk merkostnad finns. (Styrkande av merkostnadens storlek, sid 2)
- Uppgift om avtalsbundna kostnader, kollektivavtal

4. Underskrift

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten och bilagor är riktiga och fullständiga.	
Datum:	Namnteckning:



Sammanställning - Styrkande av merkostnadens storlek

Kollektivavtal

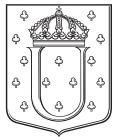
Ordinarie personal

	Timmar	Ord lön kr / tim	Sjuklön kr / tim	Summa
Sjuklön dag 2-14				
Semesterersättning dag 2-14				
Karensdag				
Semesterersättning under karensdag				
OB Kväll				
OB natt				
OB Helg				
OB Storhelg				
Jour/beredskap vardag				
Jour/beredskap helg				
Försäkring				
Sociala avgifter %				
			Summa:	

Vikarie

	Timmar	Vik lönr / tim	Summa
Lön karensdag			
Semesterersättning karensdag			
Lön dag 2-14			
Semesterersättning dag 2-14			
OB Kväll			
OB natt			
OB Helg			
OB Storhelg			
Jour/beredskap vardag			
Jour/beredskap helg			
Försäkring			
Sociala avgifter %			
			Summa:

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



Anvisningar

Ange period, från och med – till och med, samt den merkostnad som begäran/redovisningen avser.

1. Den assistansberättiges namn och personnummer.
2. Företrädare/assistansbolagets/kooperativets eller annan utförare, företagsnamn, kontaktperson, telefonnummer, e-post, organisationsnummer samt plus eller bankgiro som betalningen ska ske till. Uppgifter om fullmakt. Referensnummer som ska anges på utbetalningen.
3. Den sjuka assistentens namn, personnummer. Datum för karensdag samt datum för dag 2-14. namn och personnummer på vikarier under perioden, datum och tid vikarie arbetat.
4. Begäran/Redovisningen ska vara underskriven av den assistansberättigade eller olaglig ställföreträdare.

Bilagor

Samtliga bilagor skall bifogas vid ansökningstillfället.

Sammanställning – Styrkande av merkostnader (Sid 2) Skall vara komplett ifylld för att begäran skall handläggas.

Information

Ofullständig begäran/redovisning handläggs ej.

Fakturor mottages ej, sådana kommer omgående återsändas.