

## Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS

Den assistansberättigades namn	Personnummer
Adress och postadress	Telefonnummer
Ev e-post	

Legal företrädare/ombud namn	Telefonnummer	Uppdrag
Adress och postadress		<b>Fullmakt</b> <input type="checkbox"/> Bifogas <input type="checkbox"/> Tidigare insänt
Kontaktperson hos utförare	E-post utförare	

Ersättning utbetalas till konto	Referensnummer
---------------------------------	----------------

### Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent (namn)	Personnummer	Anställningsnummer
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum)	Karensdag (datum)	

Namn på vikarie under ord ass sjukfrånvaro	Har arbetat datum	Klockslag	Ant tim	Timlön

<b>Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 2 § LSS</b> (Här skrivs den faktiska summan som ni ansöker om)	Summa
---	-------

### Bifogas

- Sjukfrånvarooanmälan eller annan uppgift som styrker ordinarie assistents sjukfrånvaro.
- Kopia på löneutbetalning eller annan uppgift som styrker att kostnaderna är utbetalda – ordinarie personlig assistent och vikarie.
- Tidrapport till försäkringskassan - ordinarie personlig assistent och vikarie.
- Kompletta ifylld sammanställning som visar att faktisk merkostnad finns. (Styrkande av merkostnadens storlek, sid 2.)

## Sammanställning – Styrkande av merkostnadens storlek

För förtydligande av begärda uppgifter, se SKL cirkulär 2006:39

Kollektivavtal
----------------

### Ordinarie personal

	Timmar	Ord lön kr/tim	Sjuklön kr/tim	Summa
Sjuklön dag 2-14				
Semesterersättn dag 2-14				
Karensdag				
Semersättn under karensdag				
OB Kväll vid sjukdom				
OB Natt vid sjukdom				
OB Helg vid sjukdom				
OB Storhelg vid sjukdom				
Jour/beredskap vardag sjukdom				
Jour/beredskap helg sjukdom				
Försäkring				
Sociala avgifter				
			<b>Summa</b>	

### Vikarie

	Timmar	Vik lön kr/tim	Summa
Lön karensdag			
Semersättning karensdag			
Lön dag 2-14			
Semesterersättn dag 2-14			
OB Kväll			
OB Natt			
OB Helg			
OB Storhelg			
Jour/Beredskap vardag			
Jour/Beredskap helg			
Försäkring			
Sociala avgifter			
			<b>Summa</b>

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

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

Datum
-------

Underskrift av den assistansberättigade eller ombud och namnförtydligande
---

Ansökan skickas till: Vård och Omsorg, Biståndsenheten, Box 304, 733 25 Sala