



Ansökan/begäran om och redovisning av ekonomisk ersättning vid ordinarie assistents sjukdom. Personlig assistans 9§ 2p Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Skicka blanketten tillsammans med faktura till - Marks kommun, Faktura, ref MARK1071138P, 511 80 Kinna

Begäran avser sjukperiod:	Merkostnad för perioden: <i>Hämtas från sida 2</i>
---------------------------	---

1. Personuppgifter, assistansberättigad

För- och efternamn:	Personnummer:
---------------------	---------------

2. Företrädare betalningsmottagare

Legal företrädare/ombud namn:	
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

Tiden anges i klockslag och sammanräknas i hundradelar, ex 5 tim 30 min = 5,5 tim

Schemalagd tid för insjuknad assistent								Utförd tid av vikarie ¹		
Datum	Namn	Antal timmar	OB storhelg	OB veckoslut	OB natt	OB vardag kväll	Jour/beredskap	Datum	Namn	Antal timmar
Summa								Summa		

1. Ska överensstämma med redovisad tid till Försäkringskassan om assistansen utförs enligt socialförsäkringsbalken.

Till begäran bifogas kopia av lönespecifikation för ordinarie och vikarierande personlig assistent

4. Underskrift, utförare

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



Mark

Sammanställning – Styrkande av merkostnadens storlek

Ordinarie personal

	Timmar	Ord lön kr	Sjuklön kr
Karensdag			
Sjuklön dag 2-14			
Semesterersättning dag 1-14			
OB storhelg			
OB veckoslut			
OB natt			
OB vardag kväll			
Jour/beredskap			
Sociala avgifter			
Summa:			