



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

Den assistansberättigades namn	Personnummer
Adress och postadress	Telefon
e-postadress	

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

Ersättning utbetalas till konto nr	Bank	Clearingnummer
------------------------------------	------	----------------

### Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent	Personnummer	Anställningsnummer
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 personlig.ass. och vikarie
- Kompletta ifylld sammanställning som visar faktisk merkostnad (styrkande av merkostnadens storlek, sid 2)



**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	Sjuktön kr/tim	Summa
Karensdag				
Semesterers. under karensdag				
Sjuktön 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				
				<b>Summa</b>

**Vikarie**

	Timmar	Ord lön kr/tim	Sjuktön 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 sjukdom				
Jour/beredskap helg sjukdom				
Försäkrings- och pensionskostnader				
Sociala avgifter				
				<b>Summa</b>

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:** Årjängs kommun/ Stöd och Omsorg/ LSS-handläggare, Box 906, 672 29 Årjäng