

För ansökan om ekonomiskt stöd för skäliga kostnader för personlig assistans enligt 9§2 LSS vid ordinarie personlig assistents sjukdom**Assistansberättigad**

Namn:	
Personnummer:	
Adress (inkl postnummer och postort):	
Telefonnummer:	
E-post adress:	

Härmed ger jag fullmakt åt nedanstående person att, vid sjukfrånvaro hos ordinarie personlig assistent, ansöka hos Bollnäs kommun om insats enligt 9 § 2 LSS i form av ersättning för skäliga kostnader för personlig assistans till den del behovet inte täcks av beviljad assistansersättning (täckning för merkostnader som uppstått i samband med ordinarie personlig assistents sjukfrånvaro). Ombudet ges även fullmakt att mottaga sådan ersättning från Bollnäs kommun.

Ombud

Assistanssamordnare (om företag):	
Namn:	
Adress (inkl postnummer och postort):	
Telefonnummer:	
E-post adress:	

Kommun

Namn:	Bollnäs kommun
Förvaltning:	Socialförvaltningen, Omsorgen om personer med funktionsnedsättning
Adress :	821 80 Bollnäs
Telefonnummer:	0278-250 00

Underskrift av assistansberättigad/företrädare

Ort och datum:	Namnteckning:
----------------	---------------

Bevittnas

Namnteckning	Namnteckning
Namnförtydligande	Namnförtydligande