

Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS

Anmärkning, ansökan ska ha inkommit inom 3 månader från sjukdomstillfället

Den assistansberättigades namn:	Personnummer:
Telefonnummer:	E-post:
Legal företrädare/ombud namn:	Uppdrag (ex god man) och telefonnummer
Ersättning utbetalas till konto:	Referensnummer:

Fullmakt

- Bifogas Tidigare insänt

Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent(namn)	Personnummer:
Sjukperiod (datum/klockslag)	Karensdag (datum)

Vikarie under sjukperioden (namn)	Vikarieperiod (datum/klockslag)

Bifogas

- Sjukfrånvar oanmälan eller annan uppgift som styrker ordinarie assistents sjukfrånvaro
- Kopia på löneutbetalning – ordinarie personlig assistent och vikarie eller annan uppgift som styrker att kostnaderna är utbetalda
- Tidrapport till Försäkringskassan – ordinarie personlig assistent
- Sammanställning av yrkat belopp som visar att faktisk merkostnad finns

Styrkande av merkostnads storlek

Ange aktuellt kollektivavtal:
Ordinarie personlig assistents lön – kronor per timme eller månad
Utbetald sjuklön – kronor per timme
Semesterersättning under sjuklöneperioden – kronor per timme
Sociala kostnader under sjuklöneperioden – kronor per timme
Övriga kollektivavtalsbundna kostnader

Bifogas beskrivning av övriga kollektivavtalsbundna kostnader

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

Ort:

Datum:

Underskrift:

Namnförtydligande