



FINSPÅNG

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	Fullmakt <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

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 ifyllda sammanställningar 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				
Semesterersättning dag 2-14				
Semesterersättning dag 15-180				
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				
			Summa	

Vikarie

	Timmar	Vik lön kr/tim	Summa
Lön karensdag			
Semesterersättning karensdag			
Lön dag 2-14			
Semesterersättning dag 2-14			
Semesterersättning dag 15-180			
OB Kväll			
OB Natt			
OB Helg			
OB Storhelg			
Jour/beredskap vardag			
Jour/beredskap helg			
Försäkring			
Sociala avgifter			
			Summa

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: Finspångs Kommun
Myndighetskontoret
612 80 Finspång