

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

Den assistansberättigades namn	Personnummer
Adress och postadress	Telefonnummer
E-post	

Legal företrädare/ombud namn	Telefonnummer	Uppdrag
Adress och postadress	Fullmakt Bifogas	Tidigare insänt
Kontaktperson hos utförare	E-post utförare	

Ersättning utbetalas till konto	Referensnummer	Faktura Bifogas
---------------------------------	----------------	--------------------

### Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent (namn)	Personnummer
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum)	Karensdag (datum)

Namn på vikarie under ord ass sjukfrånvaro	Har arbetat datum	Klockslag	Antal tim	Timlön

### BIFOGAS

- Sjukfrånvaroenmälan eller annan uppgift som styrker ordinarie assistents frånvaro
- 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
- Komplett ifylld sammanställning som visar att faktiskt medkostnad finns

### Yrkad ersättning

### Kollektivavtal

## Sammanställning – Styrkande av merkostnadens storlek

### Ordinarie personal

	Timmar	Ord lön kr/tim	Sjuklön/tim	Summa
Sjuklön dag 2-14				
Semesterersättning dag 2-14				
Karensdag				
Semesterersättning 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				
			<b>SUMMA</b>	

### Vikarie

	Timmar	Kr/tim	Summa
Lön karensdag			
Semesterersättning karensdag			
Lön dag 2-4			
Semesterersättning dag 2-4			
OB kväll			
OB natt			
OB helg			
OB storhelg			
Jour / Beredskap vardag			
Jour / Beredskap helg			
Försäkring			
Sociala avgifter			
			<b>SUMMA</b>

Redovisade timmar till FK utförd assistans under sjukperiod	Kr/tim	Timmar	Summa

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

Datum	Underskrift av den assistansberättigade eller ombud och namnförtydligande
-------	---

Ansökan skickas till:

Sollefteå kommun  
Funktionsstöd  
Evamaria Ekbäck  
Djupövägen 3,  
881 80 Sollefteå