

2018 - 01

1. Personen som har personlig assistans

| | |
|--|---|
| Förnamn och efternamn Adam Andersson | Personnummer (12 siffror) 19490110-2121 |
|--|---|

Du som är assistent fyller i tidsredovisningen på sidan 2. Sedan lämnar du den till din arbetsgivare. Du som är anordnare fyller sedan i punkt 3 - 6 på sidan 1.

2. Du som är assistent

| | |
|--|---|
| Förnamn och efternamn Cicki Head | Personnummer (12 siffror) 19900821-4943 |
|--|---|

3. Omfattas assistenten av kollektivavtal?

☒ Ja ☐ Nej

4. Uppgifter om beräkningsperiod enligt arbetstidslagen eller kollektivavtal

Den arbetsgivarorganisation som anordnaren tillhör kan svara på frågor om beräkningsperioder. Försäkringskassan kan komma att kontrollera de uppgifter som du lämnar. Fyll i den eller de perioder som ingår i den här tidsredovisningen.

| | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Från och med 2018-01-01 | till och med 2018-06-30 | Från och med | till och med | Från och med | till och med |
| Från och med | till och med | Från och med | till och med | Från och med | till och med |

5. Anordnaren av personlig assistans

☐ Jag har själv anställt assistenten (Fyll inte i något mer under den här punkten)

| | | | |
|---|---|-----------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Personen anlitar en assistans-anordnare | Namn på anordnaren CirrusTest | | Organisationsnummer 556875-2325 |
| | Kontaktperson Gilad | | Telefon, även riktnummer 098 957 57 71 7 |
| | Är anordnaren arbetsgivare för assistenten? <input checked="" type="checkbox"/> Ja | | |
| | <input type="checkbox"/> Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som har en annan arbetsgivare | Namn på arbetsgivaren | Organisationsnummer |
| | <input type="checkbox"/> Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som är egenföretagare. | | |

6. Underskrift av dig som är anordnare eller själv har anställt assistenten

| | | |
|--|--------------|--------------------------|
| Jag intygar att uppgifterna i blanketten är riktiga. | | |
| Datum | Namnteckning | Telefon, även riktnummer |

[illegible][illegible]

| | | | | | | |
|------------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|
| Summa tid: | Aktiv tid | | Väntetid | | Beredskapstid | |
| | Timmar 0 | Minuter 00 | Timmar 5 | Minuter 00 | Timmar 0 | Minuter 00 |

| | | |
|---|---------------|--------------------------|
| Jag intygar att uppgifterna är riktiga. | | |
| Datum | Namn-teckning | Telefon, även riktnummer |

När du har skrivit under blanketten lämnar du den till din arbetsgivare.

Blanketten ska skickas in varje månad i efterskott, senast den 10:e dagen i månaden, tillsammans med en kopia av tidsredovisningen för antal utförda timmar. Tidsredovisningen ska undertecknas av den enskilde/legal ställföreträdare samt assistenter eller assistans - anordnare. Uppgifterna utgör underlag för kommunens utbetalning. Inga fakturor tas emot.

År och månad

2018 - 01

Skicka blanketten till

Referens kod

1. Personuppgifter (Den assistansberättigade)

| | |
|--|--|
| Förnamn och efternamn Adam Andersson | Personnummer (12siffror) 19490110-2121 |
|--|--|

2. Antal beviljade timmar assistans timmar

| | |
|--|-------------------------------------|
| Antal beviljade timmar och minuter per vecka | Period för beslutet F.r.o.m – T.o.m |
|--|-------------------------------------|

3. Redovisning av utförd assistans

| Aktiv tid Timmar minuter | Väntetid, faktiska timmar Timmar minuter | Beredskapstid, faktiska timmar Timmar minuter |
|--|---|--|
| 0 00 | 5 00 | 0 00 |
| Jag skickar med (antal) 1 Tidsredovisning personlig assistans | | |

4. Har du vårdats på sjukhus den här månaden?

| | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nej | | | |
| <input type="checkbox"/> Ja | Första dagen på sjukhus den här månaden | sista dagen på sjukhus den här månaden | |
| Har du varit i kontakt med biståndshandläggare gällande personlig assistans under sjukhusvistelse? | | | |
| <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ | | | |
| <input type="checkbox"/> Jag har fått personlig assistans under tiden jag vårdades på sjukhus. Timmarna ingår i redovisningen under punkt 2. | Aktiv tid Timmar minuter | Väntetid, faktiska timmar Timmar minuter | Beredskapstid, faktiska timmar Timmar minuter |

5. Har du anlitat en assistent som är bosatt utanför EES - området? (LSS 9d§)

| | | | |
|--|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Ja | Bifoga en förklaring till varför du behövde anlita en assistent på plats. Skicka också in handlingar som styrker dina uppgifter | | |
| F.r.o.m – T.o.m | Aktiv tid Timmar minuter | Väntetid, faktiska timmar Timmar minuter | Beredskapstid, faktiska timmar Timmar minuter |

6. Assistansanordnare – arbetsgivare för personlig assistans som utför beviljade assistans timmar

| | | |
|---|--|--------------------------------------|
| Bolags namn och organisations nummer CirrusTest | 556875-2325 | Telefon nummer 070-4434964 |
| Mejladress support@time2view.se | Ersättningen betalas ut till kononummer inklusive clearingnummer | 5895-65988 |

Tillstånd från inspektionen för vård och omsorg (IVO)

JA ☐NEJ ☐**7. Underskrift**

Vi har tagit del av kommunens rutin (Kontrollera med din kommun) och villkor för ersättning av personlig assistans enligt 9 § 2 LSS, vilka vi förbinder oss att följa. Vi försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga. När uppgifterna förändras måste vi meddela din kommun. Vi vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter, att utelämna något eller att inte meddela din kommun när uppgifterna vi lämnat förändras.

| | | |
|-------|--------------|--------------------------|
| Datum | Namnteckning | Telefon, även riktnummer |
| | | 046-701 23 45 67 |

8. Fyll i här om du som skrivit under är ställföreträdare

| | | | |
|-------------------|---|---|-------------------------------------|
| Jag är | <input type="checkbox"/> vårdnadshavare | <input checked="" type="checkbox"/> god man | <input type="checkbox"/> förvaltare |
| Namnförtydligande | Personnummer (12 siffror) | | |
| God Man | | | |