

2017 - 03

### 1. Personen som har personlig assistans

Förnamn och efternamn <b>Stig Björk</b>	Personnummer (12 siffror) <b>19350312-0051</b>
--	---

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 <b>Loni Stark</b>	Personnummer (12 siffror) <b>19411202-0211</b>
--	---

### 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 <b>2017-03-01</b>	till och med <b>2017-03-31</b>	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)

☐ Personen anlitar en assistans-anordnare

Namn på anordnaren	Organisationsnummer
Kontaktperson	Telefon, även riktnummer
Är anordnaren arbetsgivare för assistenten?	
<input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som har en annan arbetsgivare	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

År och månad

2017 - 03

Skicka blanketten till

Referens kod

## 1. Personuppgifter (Den assistansberättigade)

Förnamn och efternamn <b>Stig Björk</b>	Personnummer (12siffror) <b>19350312-0051</b>
--	--

## 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
<b>2 40</b>	<b>3 40</b>	<b>0 00</b>

Jag skickar med (antal) <b>1</b> 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 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 <b>CirrusTest</b>		Telefon nummer <b>0704434964</b>	
Mejladress <b>support@time2view.se</b>		Ersättningen betalas ut till kontonummer inklusive clearingnummer	

Tillstånd från inspektionen för vård och omsorg (IVO)

JA ☐NEJ ☐**7. Underskrift**

Vi har tagit del av kommunens rutin (<http://www.borlange.se/omsorg-och-hjalp/funktionsnedsattning-handikapp/personlig-assistans/externa-bolag>) 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 Borlänge kommun. Vi vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter, att utelämna något eller att inte meddela Borlänge kommun när uppgifterna vi lämnat förändras.

Datum	Namnteckning	Telefon, även riktnummer
		<b>046-467 04 43 49</b>

**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)
<b>Gilad Nevo</b>	