

2	0	2	1	—	0	1
---	---	---	---	---	---	---

minkommun
Box 123
Ref nr 98-65ABC
692 32 Min Ort

1. Personen som har personlig assistans

Förnamn och efternamn Anne Stål	Personnummer (12 siffror) 19460911-0046
------------------------------------	--

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 Bo Ek	Personnummer (12 siffror) 19780912-8817
--------------------------------	--

3. Omfattas assistenten av kollektivavtal?

<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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 2020-10-01	till och med 2021-03-31	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

<input type="checkbox"/> 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 070 443 49 64
	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
<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

30590106
FK 3059 (016 F 003) Fastställd av Försäkringskassan

7. Redovisning av utförd assistans

[illegible][illegible]

Summa tid:	Aktiv tid		Väntetid		Beredskapstid	
Tiderna förs över till Räkning assistansersättning (3057)	Timmar	Minuter	Timmar	Minuter	Timmar	Minuter
	1	00	0	00	0	00

8. Underskrift av dig som är assistent

Jag intygar att uppgifterna är riktiga.		
Datum	Namnteckning	Telefon

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

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

2	0	2	1	—	0	1
---	---	---	---	---	---	---

minkommun
Box 123
Ref nr 98-65ABC
692 32 Min Ort

1. Personen som har personlig assistans

Förnamn och efternamn Anne Stål	Personnummer (12 siffror) 19460911-0046
------------------------------------	--

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 Stina Fritz	Personnummer (12 siffror) 19600508-1101
--------------------------------------	--

3. Omfattas assistenten av kollektivavtal?

<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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 2021-01-01	till och med 2021-01-31	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

<input type="checkbox"/> Jag har själv anställt assistenten (Fyll inte i något mer under den här punkten)		
<input checked="" type="checkbox"/> Personen anlitat en assistans-anordnare	Namn på anordnaren CirrusTest	Organisationsnummer 556875-2325
	Kontaktperson Gilad	Telefon 070 443 49 64
	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
<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

30590106
FK 3059 (016 F 003) Fastställt av Försäkringskassan

30590306

[illegible][illegible]

Summa tid:	Aktiv tid		Väntetid		Beredskapstid	
	Timmar	Minuter	Timmar	Minuter	Timmar	Minuter
Tiderna förs över till Räkning assistansersättning (3057)	1	00	0	00	0	00

FK 3059 (016 F 003) Fastställt av Försäkringskassan

Jag intygar att uppgifterna är riktiga.

Datum	Namnteckning	Telefon
-------	--------------	---------

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

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

År och månad

2 0 2 1 -- 0 1

**Skicka blanketten till
minkommun**

Box 123

692 32 Min Ort

Referens kod

98-65ABC

Blanketten ska skickas in varje månad i efterskott, senast den 5: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.

1. Personuppgifter (Den assistansberättigade)

Förnamn och efternamn	Personnummer (12siffror)
Anne Stål	19460911-0046

2. Antal beviljade timmar assistans timmar

Antal beviljade timmar och minuter per vecka	Period för beslutet F.r.o.m – T.o.m
6.58	2018-05-01 -- 2021-03-31

3. Redovisning av utförd assistans

Aktiv tid Timmar minuter	Väntetid, faktiska timmar Timmar minuter	Beredskapstid, faktiska timmar Timmar minuter
2 00	0 00	0 00
Jag skickar med (antal) 2 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		Telefon nummer	
CirrusTest		556875-2325	
Mejladress		Ersättningen betalas ut till kontonummer inklusive clearingnummer	
support@time2view.se		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
-------	--------------	--------------------------

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

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