

Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS

Den assistansberättigades namn Adam Andersson	Personnummer 4901102121
Adress och postadress Allmoge, 121221, GtB	Telefonnummer 031111111
Ev e-post adam@a.com	

Legal företrädare/ombud namn E1 T1	Telefonnummer	Uppdrag
Adress och postadress		Fullmakt <input type="checkbox"/> Bifogas <input type="checkbox"/> Tidigare insänt
Kontaktperson hos utförare CirrusTest	E-post utförare support@time2view.se	

Ersättning utbetalas till konto 789-65412	Referensnummer 1-10201 : 03-04
--	-----------------------------------

Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent (namn) Joel Solén	Personnummer 2105051300	Anställningsnummer 20023
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum) 2014-03-04 till 2014-03-16	Karensdag (datum) 03-04	

Namn på vikarie under ord ass sjukfrånvaro	Har arbetat datum	Klockslag	Ant tim	Timlön
Wilander Sture	2014-03-04	6.00 - 8.30	2.50	0
Wilander Sture	2014-03-04	8.30 - 18.00	9.50	0
Wilander Sture	2014-03-06	8.30 - 18.00	9.50	0
Wilander Sture	2014-03-07	6.00 - 8.30	2.50	0
Wilander Sture	2014-03-07	8.30 - 18.00	9.50	0
Wilander Sture	2014-03-08	6.00 - 8.30	2.50	0

Bifogas

- ☐ Sjukfrånvaroanmälan 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.
- ☐ Komplette ifylld sammanställning som visar att faktisk merkostnad finns. (Styrkande av merkostnadens storlek, sid 2.)

Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS

Den assistansberättigades namn Adam Andersson	Personnummer 4901102121
Adress och postadress Allmoge, 121221, GtB	Telefonnummer 031111111
Ev e-post adam@a.com	

Legal företrädare/ombud namn E1 T1	Telefonnummer	Uppdrag
Adress och postadress		Fullmakt <input type="checkbox"/> Bifogas <input type="checkbox"/> Tidigare insänt
Kontaktperson hos utförare CirrusTest	E-post utförare support@time2view.se	

Ersättning utbetalas till konto 789-65412	Referensnummer 1-10201 : 03-04
--	-----------------------------------

Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent (namn) Joel Solén	Personnummer 2105051300	Anställningsnummer 20023
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum) 2014-03-04 till 2014-03-16	Karensdag (datum) 03-04	

Namn på vikarie under ord ass sjukfrånvaro	Har arbetat datum	Klockslag	Ant tim	Timlön
Wilander Sture	2014-03-09	6.00 - 8.30	2.50	0
Wilander Sture	2014-03-09	8.30 - 18.00	9.50	0
Wilander Sture	2014-03-11	8.30 - 18.00	9.50	0
Wilander Sture	2014-03-13	8.30 - 18.00	9.50	0
Wilander Sture	2014-03-14	8.30 - 18.00	9.50	0
Wilander Sture	2014-03-16	8.30 - 18.00	9.50	0

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.
- ☐ Komplette ifylld sammanställning 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

Assistenten omfattas inte av något ko

Ordinarie personal : 2014-03-04 till 2014-03-31

	Timmar	Ord lön kr/tim	Sjuklön kr/tim	Summa
Sjuklön dag 2-14	68.50	115	92.00	6302.00
Semestersättn dag 2-14	68.50	13.80		945.30
Sjuklön dag 2-14	9.50	165	132.00	1254.00
Semestersättn dag 2-14	9.50	19.80		188.10
Karensdag	8.00			
OB helg	24.00	60.00	48.00	1152.00
Försäkring	0.00%			0.00
Sociala avgifter	15.49%			1524.43
Summa				11365.83

Vikarie : Wilander Sture

	Timmar	Vik lön kr/tim	Summa
Lön karensdag	8.00	36.12	288.96
Semestersätt karensdag	8.00	4.33	34.64
Lön dag 2-14	78.00	2817.36	2817.36
Semestersättn dag 2-14	78.00	4.33	337.74
OB helg	24.00	0.00	0.00
Försäkring		12.00%	417.44
Sociala avgifter		31.42%	1093.01
Summa			4989.15

Redovisade timmar till FK för utförd assistans under sjukperioden	Kr/tim 0	Timmar 86	Summa 0.00
---	--------------------	---------------------	----------------------

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

Datum

Underskrift av den assistansberättigade eller ombud och namnförtydligande