

Sammanställningsblankett för ersättning av personlig assistans

År och månad

| |
|--|
| |
|--|

Skicka blanketten till

Referens kod

| |
|--|
| |
|--|

1. Personuppgifter (Den assistansberättigade)

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| Förnamn och efternamn | Personnummer (12siffror) |
| | |

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 |
| | | |
| Jag skickar med (antal) 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 |
| | |
| Mejladress | 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 (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

☐

vårdnadshavare

☐

god man

☐

förvaltare

Namnförtydligande

Personnummer (12 siffror)