

Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS

Den assistansberättigades namn Anne Stål	Personnummer 19460911-0046
Adress och postadress Mingata, 98655, Tullängen	Telefonnummer 01111
Ev e-post	

Legal företrädare/ombud namn	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	Referensnummer 001 : 11-07
---------------------------------	--------------------------------------

Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent (namn) Abc Nielsen	Personnummer 19144112-2338	Anställningsnummer 20024
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum) 2016-11-07 till 2016-11-09	Karensdag (datum) 11-07	

Namn på vikarie under ord ass sjukfrånvaro	Har arbetat datum	Klockslag	Ant tim	Timlön
Anette Rambring	2016-11-07	2.30 - 6.00	3.50	0
Anette Rambring	2016-11-07	6.00 - 9.35	3.58	0
Anette Rambring	2016-11-08	2.30 - 9.35	7.08	0
Anette Rambring	2016-11-09	2.30 - 9.35	7.08	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

Ordinarie personal : 2016-11-07 till 2016-11-30

	Timmar	Ord lön kr/tim	Sjuklön kr/tim	Summa
Sjuklön dag 2-14	14.17	144.91	115.93	1642.70
Semestersättn dag 2-14	14.17	17.39		246.42
Karensdag	8.00			
OB natt	7.00	0.00	0.00	0.00
Försäkring	8.77%			165.68
Sociala avgifter	31.42%			593.56
Summa				2648.36

Redovisade timmar till FK för utförd assistans under sjukperioden	Kr/tim 255	Timmar 21.15	Summa 5393.25
---	---------------	-----------------	------------------

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

Datum

Underskrift av den assistansberättigade eller ombud och namnförtydligande