

Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS

Den assistansberättigades namn Stan Alone	Personnummer 19411202-0211
Adress och postadress Manhatan, 221 23, London	Telefonnummer
Ev e-post gilad.nevo@time2view.se	

Legal företrädare/ombud namn Nevo Gilad	Telefonnummer +46467 04 43 49 64	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 10202 : 01-04
---------------------------------	---------------------------------

Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent (namn) Gilad Nevo	Personnummer 19580701-2058	Anställningsnummer 20001
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum) 2016-01-04 till 2016-01-06	Karensdag (datum) 01-04	

Namn på vikarie under ord ass sjukfrånvaro	Har arbetat datum	Klockslag	Ant tim	Timlön
Mats Jonsson	2016-01-04	11.15 - 16.30	5.25	0
Janne Tandodall	2016-01-06	11.10 - 11.15	0.08	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.
- ☐ Kompletta 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

KFS

Ordinarie personal : 2016-01-04 till 2016-01-31

	Timmar	Ord lön kr/tim	Sjuklön kr/tim	Summa
Sjuklön dag 2-14	0.00	0	0.00	0.00
Semestersättn dag 2-14	0.00	0.00		0.00
Karensdag	8.00			
Försäkring	8.77%			0.00
Sociala avgifter	31.42%			0.00
Summa				0.00

Redovisade timmar till FK för utförd assistans under sjukperioden	Kr/tim 0	Timmar 5.2	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