

Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS

Den assistansberättigades namn Adam Andersson	Personnummer 19490110-2121
Adress och postadress	Telefonnummer 031111111
Ev e-post shajukt@gmail.com	

Legal företrädare/ombud namn	Telefonnummer	Uppdrag test123
Adress och postadress	Fullmakt <input checked="" type="checkbox"/> Bifogas <input checked="" type="checkbox"/> Tidigare insänt	
Kontaktperson hos utförare CirrusTest	E-post utförare support@time2view.se	

Ersättning utbetalas till konto 5895-65988	Referensnummer 1-10201 : 09-09	Yrkat belopp 24.38
---	-----------------------------------	-----------------------

Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent (namn) Bo Ek	Personnummer 19780912-8817	Anställningsnummer 20029
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum) 2019-09-09 till 2019-09-09	Karensdag (datum) 09-09	

Namn på vikarie under ord ass sjukfrånvaro	Har arbetat datum	Klockslag	Ant tim	Timlön

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

Ordinarie personal : 2019-09-09 till 2019-09-09

	Timmar	Ord lön kr/tim	Sjuklön kr/tim	Summa
Sjuklön dag 2-14	0.00	0.00	0.00	0.00
Semestersättn dag 2-14	0.00	0.00		0.00
Karensdag	1.00	17.39		17.39
Pensionsförsäkring	8.77%			1.53
Sociala avgifter	31.42%			5.46
Summa				24.38

Vikarie :

	Timmar	Vik lön kr/tim	Summa
Lön karensdag			
Semestersätt karensdag			
Lön dag 2-14	0.00	0.00	0.00
Semestersättn dag 2-14	0.00	0.00	0.00
Lön dag 15-180	0.00	0.00	0.00
Semestersättn dag 15-180	0.00	0.00	0.00
Lön dag 181-	0.00	0.00	0.00
Pensionsförsäkring		0%	0.00
Sociala avgifter		0%	0.00
Summa			0.00

Redovisade timmar till FK för utförd assistans under sjukperioden	Kr/tim 0	Timmar 1.00	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