

2019 - 10

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

1. Personen som har personlig assistans

| | |
|---|---|
| Förnamn och efternamn Anne Stål | Personnummer (12 siffror) 19460911-0046 |
|---|---|

Du som är assistent fyller i tidsredovisningen på sidan 2. Sedan lämnar du den till din arbetsgivare. Du som är anordnare fyller sedan i punkt 3 - 6 på sidan 1.

2. Du som är assistent

| | |
|---------------------------------------|---|
| Förnamn och efternamn Bo Ek | Personnummer (12 siffror) 19780912-8817 |
|---------------------------------------|---|

3. Omfattas assistenten av kollektivavtal?☒ Ja ☐ Nej**4. Uppgifter om beräkningsperiod enligt arbetstidslagen eller kollektivavtal**

Den arbetsgivarorganisation som anordnaren tillhör kan svara på frågor om beräkningsperioder. Försäkringskassan kan komma att kontrollera de uppgifter som du lämnar. Fyll i den eller de perioder som ingår i den här tidsredovisningen.

| | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Från och med 2019-07-01 | till och med 2019-12-31 | Från och med | till och med | Från och med | till och med |
| Från och med | till och med | Från och med | till och med | Från och med | till och med |

5. Anordnaren av personlig assistans☐ Jag har själv anställt assistenten (Fyll inte i något mer under den här punkten)

| | | | |
|--|---|-----------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Personen anlitar en assistans-anordnare | Namn på anordnaren CirrusTest | | Organisationsnummer 556875-2325 |
| | Kontaktperson Gilad | | Telefon, även riktnummer 070 443 49 64 |
| | Är anordnaren arbetsgivare för assistenten? <input checked="" type="checkbox"/> Ja | | |
| | <input type="checkbox"/> Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som har en annan arbetsgivare | Namn på arbetsgivaren | Organisationsnummer |
| <input type="checkbox"/> Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som är egenföretagare. | | | |

6. Underskrift av dig som är anordnare eller själv har anställt assistenten

| | | |
|--|--------------|--------------------------|
| Jag intygar att uppgifterna i blanketten är riktiga. | | |
| Datum | Namnteckning | Telefon, även riktnummer |

30590206

[illegible][illegible]

| Summa tid: | Aktiv tid | | Väntetid | | Beredskapstid | |
|---|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|
| Tiderna förs över till Räkning assistansersättning (3057) | Timmar 0 | Minuter 00 | Timmar 8 | Minuter 00 | Timmar 0 | Minuter 00 |

F-K 3059 (015 F 001) Fastställd av Försäkringskassan

| | | |
|---|--------------|--------------------------|
| Jag intygar att uppgifterna är riktiga. | | |
| Datum | Namnteckning | Telefon, även riktnummer |

Uppgifterna hanteras i Försäkringskassans datasystem. Läs mer i broschyren "Försäkringskassans personregister".

När du har skrivit under blanketten lämnar du den till din arbetsgivare.

2019 - 10

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

1. Personen som har personlig assistans

| | |
|---|---|
| Förnamn och efternamn Anne Stål | Personnummer (12 siffror) 19460911-0046 |
|---|---|

Du som är assistent fyller i tidsredovisningen på sidan 2. Sedan lämnar du den till din arbetsgivare. Du som är anordnare fyller sedan i punkt 3 - 6 på sidan 1.

2. Du som är assistent

| | |
|--|---|
| Förnamn och efternamn Gilad Nevo | Personnummer (12 siffror) 19580701-2058 |
|--|---|

3. Omfattas assistenten av kollektivavtal?
☐ Ja ☒ Nej

4. Uppgifter om beräkningsperiod enligt arbetstidslagen eller kollektivavtal

Den arbetsgivarorganisation som anordnaren tillhör kan svara på frågor om beräkningsperioder. Försäkringskassan kan komma att kontrollera de uppgifter som du lämnar. Fyll i den eller de perioder som ingår i den här tidsredovisningen.

| | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Från och med 2019-10-01 | till och med 2019-10-31 | Från och med | till och med | Från och med | till och med |
| Från och med | till och med | Från och med | till och med | Från och med | till och med |

5. Anordnaren av personlig assistans
☒ Jag har själv anställt assistenten (Fyll inte i något mer under den här punkten)

☐ Personen anlitar en assistans-anordnare

| | |
|---|--|
| Namn på anordnaren | Organisationsnummer |
| Kontaktperson | Telefon, även riktnummer |
| Är anordnaren arbetsgivare för assistenten? | |
| <input type="checkbox"/> Ja | |
| <input type="checkbox"/> Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som har en annan arbetsgivare | Namn på arbetsgivaren Organisationsnummer |
| <input type="checkbox"/> Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som är egenföretagare. | |

6. Underskrift av dig som är anordnare eller själv har anställt assistenten

| | | |
|--|--------------|--------------------------|
| Jag intygar att uppgifterna i blanketten är riktiga. | | |
| Datum | Namnteckning | Telefon, även riktnummer |

7. Redovisning av utförd assistans

| Dag | Assistanstid (klockslag) | Aktiv tid | Väntetid | Bered- skapstid |
|-----|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 25 | 23.00 - 24.00 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 | 00.00 - 05.00 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 | 23.00 - 24.00 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 | 00.00 - 05.00 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 | 23.00 - 24.00 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 | 00.00 - 05.00 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Dag | Assistanstid (klockslag) | Aktiv tid | Väntetid | Bered- skapstid |
|-----|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Summa tid: | Aktiv tid | | Väntetid | | Beredskapstid | |
|---|-----------|---------|----------|---------|---------------|---------|
| Tiderna förs över till Räkning assistansersättning (3057) | Timmar | Minuter | Timmar | Minuter | Timmar | Minuter |
| | 0 | 00 | 18 | 00 | 0 | 00 |

8. Underskrift av dig som är assistent

| | | |
|---|--------------|--------------------------|
| Jag intygar att uppgifterna är riktiga. | | |
| Datum | Namnteckning | Telefon, även riktnummer |

Uppgifterna hanteras i Försäkringskassans datasystem. Läs mer i broschyren "Försäkringskassans personregister".

När du har skrivit under blanketten lämnar du den till din arbetsgivare.

30590206

2019 - 10

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

1. Personen som har personlig assistans

| | |
|---|---|
| Förnamn och efternamn Anne Stål | Personnummer (12 siffror) 19460911-0046 |
|---|---|

Du som är assistent fyller i tidsredovisningen på sidan 2. Sedan lämnar du den till din arbetsgivare. Du som är anordnare fyller sedan i punkt 3 - 6 på sidan 1.

2. Du som är assistent

| | |
|---|---|
| Förnamn och efternamn Anette Rambring | Personnummer (12 siffror) 19630410-1766 |
|---|---|

3. Omfattas assistenten av kollektivavtal?
☒ Ja ☐ Nej

4. Uppgifter om beräkningsperiod enligt arbetstidslagen eller kollektivavtal

Den arbetsgivarorganisation som anordnaren tillhör kan svara på frågor om beräkningsperioder. Försäkringskassan kan komma att kontrollera de uppgifter som du lämnar. Fyll i den eller de perioder som ingår i den här tidsredovisningen.

| | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Från och med 2019-10-01 | till och med 2019-10-31 | Från och med | till och med | Från och med | till och med |
| Från och med | till och med | Från och med | till och med | Från och med | till och med |

5. Anordnaren av personlig assistans
☐ Jag har själv anställt assistenten (Fyll inte i något mer under den här punkten)

| | | | |
|--|---|-----------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Personen anlitar en assistans-anordnare | Namn på anordnaren CirrusTest | | Organisationsnummer 556875-2325 |
| | Kontaktperson Gilad | | Telefon, även riktnummer 070 443 49 64 |
| | Är anordnaren arbetsgivare för assistenten? <input checked="" type="checkbox"/> Ja | | |
| | <input type="checkbox"/> Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som har en annan arbetsgivare | Namn på arbetsgivaren | Organisationsnummer |
| <input type="checkbox"/> Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som är egenföretagare. | | | |

6. Underskrift av dig som är anordnare eller själv har anställt assistenten

| | | |
|--|--------------|--------------------------|
| Jag intygar att uppgifterna i blanketten är riktiga. | | |
| Datum | Namnteckning | Telefon, även riktnummer |

30590206

[illegible][illegible]

| Summa tid: | Aktiv tid | | Väntetid | | Beredskapstid | |
|---|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|
| Tiderna förs över till Räkning assistansersättning (3057) | Timmar 0 | Minuter 30 | Timmar 0 | Minuter 00 | Timmar 0 | Minuter 00 |

F-K 3059 (015 F 001) Fastställd av Försäkringskassan

| | | |
|---|---------------|--------------------------|
| Jag intygar att uppgifterna är riktiga. | | |
| Datum | Namn-teckning | Telefon, även riktnummer |

Uppgifterna hanteras i Försäkringskassans datasystem. Läs mer i broschyren "Försäkringskassans personregister".

När du har skrivit under blanketten lämnar du den till din arbetsgivare.

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

1. Du som har personlig assistans

| | |
|---|---|
| Förnamn och efternamn Anne Stål | Personnummer (12 siffror) 19460911-0046 |
|---|---|

2. Redovisning av all utförd assistans under månaden

| Aktiv tid | | Väntetid, faktiska timmar | | Beredskapstid, faktiska timmar | |
|-----------|-----------|---------------------------|-----------|--------------------------------|-----------|
| timmar | minuter | timmar | minuter | timmar | minuter |
| 0 | 30 | 28 | 00 | 0 | 00 |

3. Har assistans utförts i barnomsorg, skola eller daglig verksamhet

| | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
|-----------------------------|------------------------------|

4. Har du vårdats på sjukhus den här månaden?

| | | | | |
|------------------------------|-------------------------------|-----------|-------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Nej | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ja | Från och med (år, månad, dag) | Klockslag | Till och med (år, månad, dag) | Klockslag |
| | | | | |
| | | | | |

5. Har du vistats i ett land utanför EES-området och anlitat en assistent på plats?

| | |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ja | Bifoga en förklaring till varför du behövde anlita en assistent på plats. Skicka också in handlingar som styrker dina uppgifter. |
|-----------------------------|--|

6. Fyll i här om du har köpt assistans och fått ersättning i efterskott

Har du använt föregående månads utbetalning till köp av personlig assistans?

| | |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej, det finns _____ kronor kvar |
|-----------------------------|---|

7. Underskrift

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga.

När uppgifterna förändras måste jag meddela Försäkringskassan. Jag vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter, att utelämna något eller att inte meddela Försäkringskassan när uppgifterna jag lämnat förändras.

| | | |
|------------------------|--------------|--------------------------|
| Datum (år, månad, dag) | Namnteckning | Telefon, även riktnummer |
| | | |

8. Fyll i här om du som skrivit under är ställföreträdare

| | |
|---|---------------------------|
| Jag är <input type="checkbox"/> vårdnadshavare <input type="checkbox"/> god man <input type="checkbox"/> förvaltare | |
| Namnförtydligande | Personnummer (12 siffror) |
| | |

Redovisning av kostnader

Du ska redovisa dina kostnader i följande situationer:

Om du själv har anställt dina assistenter ska du alltid redovisa dina kostnader för sådana assistenter. Detsamma gäller om du har beviljats assistansersättning med ett högre timbelopp eller har ansökt om högre timbelopp för tid före beslut och beslut ännu inte har fattats. Du ska även redovisa dina kostnader om du har eller kan ha rätt till utbetalning med ett skäligt belopp för assistans anlitad utanför EES.

Om du får ersättningen i förskott ska du redovisa i slutet av perioden. Om du får ersättningen i efterskott ska du redovisa varje månad.

9. Redovisa dina kostnader

| Typ av kostnad | Kostnad per timme | Kostnad för perioden |
|--|-------------------|----------------------|
| Lön (utom OB-tillägg) och lönebikostnader | kronor | kronor |
| Lön i form av OB-tillägg | kronor | kronor |
| Assistansomkostnader | kronor | kronor |
| Utbildningskostnader | kronor | kronor |
| Arbetsmiljöinsatser och personalomkostnader | kronor | kronor |
| Administrationskostnader | kronor | kronor |
| Summa kostnad för assistansen: | kronor | kronor |
| Antal utförda timmar under perioden som kostnaden är beräknad på: | timmar | |

10. Fyll i här om du får ersättning i förskott

10.a Uppgift om perioden

| | |
|----------------------|----------------------|
| Från och med (månad) | Till och med (månad) |
|----------------------|----------------------|

10.b Finns det pengar kvar som du inte har använt för att köpa personlig assistans?

☐ Nej ☐ Ja, det finns _____ kronor kvar

När vi har fått din redovisning kommer vi att göra en slutavräkning. Det innebär att vi jämför den ersättning du har fått med den som du har redovisat. Om du inte har använt all ersättning till din personliga assistans under perioden så ska du betala tillbaka överskottet. Vi behöver veta hur du i så fall vill att det ska gå till.

10.c Hur vill du betala tillbaka eventuellt för mycket utbetald ersättning?

☐ Jag vill att Försäkringskassan drar av eventuellt för mycket utbetald ersättning för den här perioden på kommande utbetalningar.

☐ Jag vill att Försäkringskassan prövar om jag är återbetalningsskyldig om det har utbetalats för mycket ersättning för den här perioden.