

Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS

Den assistansberättigades namn Testina Svan	Personnummer 7204090117
Adress och postadress storgatan 22, 692 32, Kumla	Telefonnummer 01912345678
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 33 : 11-25
---------------------------------	------------------------------

Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent (namn) Wilander Sture	Personnummer 5008012428	Anställningsnummer 500
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum) 2013-11-25 till 2013-11-25	Karensdag (datum) 11-25	

Namn på vikarie under ord ass sjukfrånvaro	Har arbetat datum	Klockslag	Ant tim	Timlön
Joel Efraimsson	2013-11-25	10.35 - 11.35	1.00	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

Ordinarie personal : 2013-11-25 till 2013-11-30

	Timmar	Ord lön kr/tim	Sjuklön kr/tim	Summa
Sjuklön dag 2-14	0.00	0	0	0.00
Semestersättn dag 2-14	0.00	0		0.00
Karensdag	1.00			
Semestersättn under karensdag	1.00	0		0.00
Jour vardag				
Jour helg				
Försäkring	0%			0.00
Sociala avgifter	31.42%			0.00
Summa				0.00

Vikarie : Joel Efraimsson

	Timmar	Vik lön kr/tim	Summa
Lön karensdag	1.00	0	0.00
Semestersätt karensdag	1.00	0	0.00
Lön dag 2-14	0.00	0	0.00
Semestersättn dag 2-14	0.00	0	0.00
Jour/beredskap vardag			
Jour/beredskap helg			
Försäkring		0%	0.00
Sociala avgifter		15.49%	0.00
Summa			0.00

Redovisade timmar till FK för utförd assistans under sjukperioden	Kr/tim 0	Timmar 1	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