

Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS

Den assistansberättigades namn Stina Librovich	Personnummer 19780912-1762
Adress och postadress , Gnesta	Telefonnummer
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 1-10203 : 05-09	Yrkat belopp 3185.41
---------------------------------	-----------------------------------	-------------------------

Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent (namn) Bo Ek	Personnummer 19780912-8817	Anställningsnummer 20029
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum) 2017-05-09 till 2017-05-10	Karensdag (datum) 05-09	

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

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 : 2017-05-09 till 2017-05-31

	Timmar	Ord lön kr/tim	Sjuklön kr/tim	Summa
Sjuklön dag 2-14	16.00	144.91	115.93	1854.85
Semestersättn dag 2-14	16.00	17.39		278.24
Karensdag	8.00	17.39		139.12
Försäkring	8.77%			199.27
Sociala avgifter	31.42%			713.93
Summa				3185.41

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
Försäkring		0%	0.00
Sociala avgifter		0%	0.00
Summa			0.00

Redovisade timmar till FK för utförd assistans under sjukperioden	Kr/tim 0	Timmar 18.00	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