Tidsredovisning Assistansersättning

År och månad

2020 - 08

Skicka blanketten till Försäkringskassans inläsningscentral 839 88 Östersund

Christoffer Wå	namn I hlande	r				19890119	mer (12 siffror) 0-4657
		yller i tidsredovi dan i punkt 3 - 6		sidan 2. Sedan lämnai	r du den till di	n arbetsgi\	/are. Du som
2. Du som är a		t					
Förnamn och eftern Ida-Caroline A		n				19910307	mer (12 siffror) 7-3020
3. Omfattas assistenten av kollektivavtal?							
	Nej						
l. Uppgifter on	n beräk	ningsperiod e	nligt arbets	tidslagen eller kollek	tivavtal		
	ssan ka	in komma att ko		nör kan svara på frågor uppgifter som du lämr			
rån och med		ch med	Från och med	till och med	Från och	n med	till och med
2020-08-01 Från och med		20-11-30					
	I fill or	ch med	Från och med	till och med	Från och	med	till och med
Tan och med	till oc	ch med	Från och med	d Itill och med	Från och	n med	till och med
5. Anordnaren Jag har själv Personen al	av pers	sonlig assistan assistenten (Fyll	is inte i något r	mer under den här punkte		Organisation 769612-	nsnummer
5. Anordnaren Jag har själ	av pers	sonlig assistan assistenten (Fyll Namn på anordna VARBERGS Kontaktperson	inte i något r ren FAMILJE	mer under den här punkte	en)	Organisation 769612- Telefon, äve	nsnummer 0109 en riktnummer
5. Anordnaren Jag har själv Personen ar en assistans	av pers	sonlig assistan assistenten (Fyll Namn på anordna VARBERGS Kontaktperson	inte i något r ren FAMILJE	mer under den här punkte ASSISTANS h Birgitta Wåhlande	en)	Organisation 769612-	nsnummer 0109 en riktnummer
5. Anordnaren Jag har själv Personen al en assistans	av pers	sonlig assistan assistenten (Fyll Namn på anordna VARBERGS Kontaktperson Carina Gusta Är anordnaren arb Ja Nej, anordn uppdragsg assistenter	inte i något r ren FAMILJE afsson ocl etsgivare för a maren är ivare åt	mer under den här punkte ASSISTANS h Birgitta Wåhlande	en)	Organisation 769612- Telefon, äve	nsnummer 0109 en riktnummer 00 9
5. Anordnaren Jag har själv Personen al en assistans	av pers	sonlig assistan assistenten (Fyll Namn på anordna VARBERGS Kontaktperson Carina Gusta Är anordnaren arb Ja Nej, anordn uppdragsg assistenter en annan a	inte i något r ren FAMILJE/ afsson ocl etsgivare för a maren är ivare åt n som har arbetsgivare	mer under den här punkte ASSISTANS h Birgitta Wåhlande ssistenten?	en)	Organisation 769612- Telefon, äve 034 037 Organisation	nsnummer 0109 en riktnummer 00 9
5. Anordnaren Jag har själv Personen ar en assistans anordnare	av pers v anställt nlitar s-	sonlig assistan assistenten (Fyll Namn på anordna VARBERGS Kontaktperson Carina Gusta År anordnaren arb Ja Nej, anordn uppdragsg assistenter en annan a Nej, anordn	inte i något r ren FAMILJE/ afsson ocl etsgivare för a maren är ivare åt n som har arbetsgivare maren är uppe	mer under den här punkte ASSISTANS h Birgitta Wåhlande ssistenten? Namn på arbetsgivaren	en) er	Organisation 769612- Telefon, äve 034 037 Organisation	nsnummer 0109 en riktnummer 00 9
5. Anordnaren Jag har själv Personen ar en assistans anordnare	av pers v anställt nlitar s-	sonlig assistan assistenten (Fyll Namn på anordna VARBERGS Kontaktperson Carina Gusta År anordnaren arb Ja Nej, anordn uppdragsg assistenter en annan a Nej, anordn	inte i något r ren FAMILJE/ afsson ocl etsgivare för a maren är ivare åt n som har arbetsgivare maren är uppe	mer under den här punkte ASSISTANS h Birgitta Wåhlande ssistenten? Namn på arbetsgivaren dragsgivare åt assistente	en) er	Organisation 769612- Telefon, äve 034 037 Organisation	nsnummer 0109 en riktnummer 00 9

Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid	Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid
01	18.00 - 24.00	\boxtimes							
02	00.00 - 09.00	\boxtimes							
04	18.00 - 24.00	\boxtimes							
05	00.00 - 07.15	\boxtimes							
07	18.00 - 24.00	\boxtimes							
08	00.00 - 08.15	\boxtimes							
11	18.00 - 24.00	\boxtimes							
12	00.00 - 07.15	\boxtimes							
15	18.00 - 24.00	\boxtimes							
16	00.00 - 08.15	\boxtimes							
18	18.00 - 24.00	\boxtimes							
19	00.00 - 07.15	\boxtimes							
25	18.00 - 24.00	\boxtimes							
26	00.00 - 07.15								
29	18.00 - 24.00								
30	00.00 - 08.15								

Summa tid:	Aktiv tid		Väntetid		Beredskapstid	
Tiderna förs över till Räkning assistansersättning (3057)	Timmar 110	Minuter 45	Timmar 0	Minuter 00	Timmar 0	Minuter 00

8. Underskrift av dig som är assistent

Jag intygar att uppgifterna är ril	Jag intygar att uppgifterna är riktiga.						
Datum	Namnteckning		Telefon, även riktnummer				
2020-08-30, kl. 23.11	Ida-Caroline Ahnström	e-signering via Time2View	070 845 22 06				

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

FK 3059 (015 F 001) Fastställd av Försäkringskassan

Tidsredovisning Assistansersättning

År och månad

2020 - 08

Skicka blanketten till Försäkringskassans inläsningscentral 839 88 Östersund

Förnamn och efternamn				1	Personnummer (12 siffror)
Christoffer Wåhland	er				19890119-4657
Du som är assistent är anordnare fyller s			an 2. Sedan lämnar	du den till din	arbetsgivare. Du som
. Du som är assiste	ent				
örnamn och efternamn					Personnummer (12 siffror)
Babriel Andersson					19970109-7736
. Omfattas assisten	oten av kollektiv	avtal?			
Ja Ne		aviai:			
. Uppgifter om berä	ikningsperiod ei	nligt arbetstids	slagen eller kollekt	ivavtal	
Den arbetsgivarorga					
<u> </u>		ntrollera de upp	ogifter som du lämn	ar.Fyll i den e	eller de perioder som
ingår i den här tidsre	edovisningen.				
rån och med till o	och med	Från och med	till och med	Från och i	med till och med
2020-08-01 20	20-11-30				
rån och med till e	och med	Från och med	till och med	Från och i	med till och med
. Anordnaren av pe	rsonlig assistan	ıs			
Jag har själv anstä	ıllt assistenten (Evll	inte i något mer	under den här punkte	n)	
	Namn på anordna			·	Organisationsnummer
Personen anlitar		FAMILJEASS	SISTANS		769612-0109
en assistans- anordnare	Kontaktperson	TAMILULAGO	DIOTANO		Telefon, även riktnummer
anoranare		afsson och B	irgitta Wåhlande	r	034 037 00 9
		etsgivare för assist		I.	
	∑ Ja				
	<u> </u>	Na	mn på arbetsgivaren		Organisationsnummer
	Nej, anordi	naren ar	1		3
	assistenter				
	en annan a	arbetsgivare			
	Nej, anordi	naren är uppdrag	sgivare åt assistenter	som är egenfö	öretagare.
					-
. Underskrift av dig			nar anställt assiste	enten	
ag intygar att uppgifterr	na i blanketten är ri	ktiga.			
Datum Na	mnteckning				Telefon, även riktnummer

Väntetid

Bered-

skapstid

7. Redovisning av utförd assistans

7. K	edovisning av utf	rord assistan	S		_			
Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid		Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid
01	08.00 - 15.00	\bowtie						
02	08.30 - 15.00	\boxtimes						
03	10.30 - 18.30	\boxtimes						
05	14.45 - 22.00	\boxtimes						
06	10.30 - 18.30	\boxtimes						
07	07.00 - 15.00	\boxtimes						
09	10.30 - 18.15	\boxtimes						
10	10.30 - 18.15	\boxtimes						
12	07.00 - 15.00	\boxtimes						
13	10.30 - 18.30	\boxtimes						
14	07.00 - 15.00	\boxtimes						
19	10.30 - 18.15	\boxtimes						
20	07.00 - 15.00	\boxtimes						
21	07.00 - 15.00	\boxtimes						
24	10.30 - 18.30	\boxtimes						
27	10.30 - 18.15	\boxtimes						
28	07.00 - 13.00	\boxtimes						

Summa tid:	Aktiv tid		Väntetid		Beredskapstid	
Tiderna förs över till Räkning assistansersättning (3057)	Timmar 129	Minuter 45	Timmar 0	Minuter 00	Timmar 0	Minuter 00

8. Underskrift av dig som är assistent

Jag intygar att uppgifterna är ril	Jag intygar att uppgifterna är riktiga.					
Datum	Namnteckning		Telefon, även riktnummer			
2020-08-28, kl. 20.12	Gabriel Andersson	e-signering via Time2View	072 522 92 72			

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

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

Tidsredovisning Assistansersättning

År och månad

2020 - 08

839 88 Östersund

Skicka blanketten till Försäkringskassans inläsningscentral

1. Personen som har personlig assistans Förnamn och efternamn Personnummer (12 siffror) Christoffer Wåhlander 19890119-4657 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 Personnummer (12 siffror) Linnéa Handin 19950620-6524 3. Omfattas assistenten av kollektivavtal? X Nej Ja 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 till och med Från och med till och med Från och med till och med 2020-08-01 2020-11-30 Från och med till och med till och med till och med Från och med Från och med 5. Anordnaren av personlig assistans Jag har själv anställt assistenten (Fyll inte i något mer under den här punkten) Namn på anordnaren Personen anlitar Organisationsnummer VARBERGS FAMILJEASSISTANS 769612-0109 en assistans-Kontaktperson Telefon, även riktnummer anordnare Carina Gustafsson och Birgitta Wåhlander 034 037 00 9 Är anordnaren arbetsgivare för assistenten? X Ja Namn på arbetsgivaren Organisationsnummer Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som har en annan arbetsgivare 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

FK 3059 (015 F 001) Fastställd av Försäkringskassan

	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid	Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid
11	12.30 - 18.00	\boxtimes							
12	10.30 - 18.15	\boxtimes							
14	10.30 - 18.15	\boxtimes							
20	18.00 - 24.00	\boxtimes							
21	00.00 - 07.15	\boxtimes							
26	10.00 - 18.15	\boxtimes							
27	18.00 - 24.00	\boxtimes							
28	00.00 - 07.15	\boxtimes							

Summa tid:	Aktiv tid		Väntetid		Beredskapstid	
Tiderna förs över till Räkning assistansersättning (3057)	Timmar 55	Minuter 45	Timmar 0	Minuter 00	Timmar 0	Minuter 00

8. Underskrift av dig som är assistent

Jag intygar att uppgifterna är riktiga.					
Datum	Namnteckning		Telefon, även riktnummer		
2020-08-28, kl. 21.09	Linnéa Handin	e-signering via Time2View	076 881 46 70		

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

Tidsredovisning Assistansersättning

År och månad

2020 - 08

Skicka blanketten till Försäkringskassans inläsningscentral 839 88 Östersund

örnamn och efternamn					Personnummer (12 siffror)
hristoffer Wåhlande	er				19890119-4657
			sidan 2. Sedan lämnar	du den till dir	n arbetsgivare. Du som
är anordnare fyller s	edan i punkt 3 - 6	6 på sidan 1			
. Du som är assiste	nt				
örnamn och efternamn					Personnummer (12 siffror)
Anna Kawalya Weste	erberg				19750502-4625
. Omfattas assisten	ten av kollektiv	avtal?			
Ja Ne	i				
	,				
. Uppgifter om berä	kningsperiod e	nligt arbets	tidslagen eller kollekti	vavtal	
Den arbetsgivarorga	nisation som and	ordnaren tillh	nör kan svara på frågor (om beräknin	gsperioder.
Försäkringskassan k	an komma att ko	ntrollera de	uppgifter som du lämna	ar. Fyll i den	eller de perioder som
ingår i den här tidsre	dovisningen.				
rån och med till o	och med	Från och med	till och med	Från och	med till och med
	20-11-30	Trair con moc	in con mod	114110011	mod till con mod
	och med	Från och med	till och med	Från och	med till och med
		•		•	
. Anordnaren av pe	rsonlig assistar	าร			
				. \	
Jag nar sjalv ansta			ner under den här punkter	1)	
Personen anlitar	Namn på anordna		A COLOTANIO		Organisationsnummer
en assistans-	VARBERGS	FAMILJE/	ASSISTANS		769612-0109
anordnare	Kontaktperson	afsson oc	h Birgitta Wåhlander	,	Telefon, även riktnummer 034 037 00 9
	Är anordnaren arb		•		034 037 00 9
	Ja	octogivare for a	33ISTOTIOTI:		
	∑ Ja		1		
	Nej, anord	naren är	Namn på arbetsgivaren		Organisationsnummer
	uppdragsg				
	assistenter				
	en annan a	arbetsgivare			
	Nej, anord	naren är upp	dragsgivare åt assistenten	som är egenf	öretagare.
. Underskrift av dig	som är anordn	are eller sjä	ilv har anställt assiste	nten	
ag intygar att uppgifterr	na i blanketten är ri	iktiga.			
atum Nai	mnteckning				Telefon, även riktnummer
	-				

FK 3059 (015 F 001) Fastställd av Försäkringskassan

7. Redovisning av utförd assistans							
Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid			
02	18.00 - 24.00						
03	00.00 - 07.15	\boxtimes					
03	18.15 - 24.00	\boxtimes					
04	00.00 - 08.15	\boxtimes					
05	18.00 - 24.00	\boxtimes					
06	00.00 - 07.15	\boxtimes					
06	18.15 - 24.00	\boxtimes					
07	00.00 - 07.15	\boxtimes					
08	16.45 - 24.00	\boxtimes					
09	00.00 - 07.00	\boxtimes					
09	18.00 - 24.00	\boxtimes					
10	00.00 - 07.15	\boxtimes					
11	07.00 - 18.15	\boxtimes					
12	18.00 - 24.00	\boxtimes					
13	00.00 - 07.15	\boxtimes					
13	18.15 - 24.00	\boxtimes					
14	00.00 - 07.15	\boxtimes					
21	16.45 - 24.00	\boxtimes					
22	00.00 - 07.00	\boxtimes					
22	18.00 - 24.00						

Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid
23	00.00 - 09.15	\boxtimes		
24	07.00 - 15.00			
25	07.00 - 18.15			
26	18.00 - 24.00			
27	00.00 - 07.15			
29	08.00 - 18.15	\boxtimes		
30	08.00 - 18.15			

Summa tid:	Aktiv tid		Vän	tetid	Bereds	kapstid
Tiderna förs över till Räkning assistansersättning (3057)	Timmar 201	Minuter 00	Timmar 0	Minuter 00	Timmar 0	Minuter 00

8. Underskrift av dig som är assistent

Jag intygar att uppgifterna är riktiga.							
Datum	Datum Namnteckning Telefon, även riktnummer						
2020-08-30, kl. 23.33	2020-08-30, kl. 23.33						

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

Tidsredovisning Assistansersättning

År och månad

2020 - 08

839 88 Östersund

Skicka blanketten till Försäkringskassans inläsningscentral

1. Personen som har personlig assistans Förnamn och efternamn Personnummer (12 siffror) Christoffer Wåhlander 19890119-4657 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 Personnummer (12 siffror) Förnamn och efternamn **Mattias Torbiörnson** 19790524-4690 3. Omfattas assistenten av kollektivavtal? X Nej Ja 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 till och med Från och med till och med Från och med till och med 2020-08-01 2020-11-30 Från och med till och med till och med till och med Från och med Från och med 5. Anordnaren av personlig assistans Jag har själv anställt assistenten (Fyll inte i något mer under den här punkten) Namn på anordnaren Personen anlitar Organisationsnummer VARBERGS FAMILJEASSISTANS 769612-0109 en assistans-Kontaktperson Telefon, även riktnummer anordnare Carina Gustafsson och Birgitta Wåhlander 034 037 00 9 Är anordnaren arbetsgivare för assistenten? X Ja Namn på arbetsgivaren Organisationsnummer Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som har en annan arbetsgivare 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

FK 3059 (015 F 001) Fastställd av Försäkringskassan

Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid	Dag	Assistanstic (klockslag)
10	18.00 - 24.00				31	18.15 -
11	00.00 - 07.15	\boxtimes				
13	07.00 - 15.00	\boxtimes				
14	18.00 - 24.00	\boxtimes				
15	00.00 - 08.15	\boxtimes				
16	18.00 - 24.00	\boxtimes				
17	00.00 - 07.15	\boxtimes				
17	18.15 - 24.00	\boxtimes				
18	00.00 - 07.15	\boxtimes				
19	18.00 - 24.00	\boxtimes				
20	00.00 - 07.15	\boxtimes				
23	17.30 - 24.00	\boxtimes				
24	00.00 - 07.15	\boxtimes				
24	18.15 - 24.00	\boxtimes				
25	00.00 - 07.15	\boxtimes				
27	07.00 - 15.00	\boxtimes				
28	18.00 - 24.00	\boxtimes				
29	00.00 - 08.15	\boxtimes				
30	18.00 - 24.00	\boxtimes				
31	00.00 - 07.15	\boxtimes				

Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid
31	18.15 - 24.00	\boxtimes		

Summa tid:	Aktiv tid		Väntetid		Beredskapstid	
Tiderna förs över till Räkning assistansersättning (3057)	Timmar 143	Minuter 00	Timmar 0	Minuter 00	Timmar 0	Minuter 00

8. Underskrift av dig som är assistent

Jag	Jag intygar att uppgifterna är riktiga.						
Datu	ım	Namnteckning		Telefon, även riktnummer			
202	20-09-01, kl. 07.27	Mattias Torbiörnson	e-signering via Time2View	070 969 99 77			

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

Tidsredovisning Assistansersättning

År och månad

2020 - 08

Skicka blanketten till Försäkringskassans inläsningscentral 839 88 Östersund

	amn				Personnummer (12 siffror)
Christoffer Wå	hlander				19890119-4657
			n 2. Sedan lämnar	du den till dir	n arbetsgivare. Du som
är anordnare f	yller sedan i punkt	3 - 6 på sidan 1.			
. Du som är a	ssistent				
ornamn och eftern					Personnummer (12 siffror)
ndréas Wallir	<u> </u>				19891025-6638
Omfattas as	sistenten av kolle	ktivavtal?			
Ja	X Nej				
. Uppgifter on	n beräkningsperio	d enligt arbetstids	lagen eller kollek	tivavtal	
		anordnaren tillhör k			asperioder.
Försäkringska	ssan kan komma a	tt kontrollera de upp			eller de perioder som
ingår i den här	tidsredovisningen.				
rån och med	till och med	Från och med	till och med	Från och	med till och med
2020-08-01	2020-11-30				
rån och med	till och med	Från och med	till och med	Från och	med till och med
Anordnaren	av nersonlig assi	stans			
	av personlig assi				
	anställt assistenten	(Fyll inte i något mer u	under den här punkte	n)	
Jag har själv	v anställt assistenten Namn på and	(Fyll inte i något mer u	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	n)	Organisationsnummer
Jag har själv Personen ar en assistans	v anställt assistenten Namn på and	(Fyll inte i något mer u ordnaren GS FAMILJEASS	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	n)	Organisationsnummer 769612-0109 Telefon, även riktnummer
☐ Jag har själv	v anställt assistenten Namn på and VARBER Kontaktperso	(Fyll inte i något mer u ordnaren GS FAMILJEASS	SISTANS		769612-0109
Jag har själv Personen ar en assistans	Namn på and VARBER Kontaktperso Carina G Är anordnare	(Fyll inte i något mer u ordnaren GS FAMILJEASS n	ISTANS rgitta Wåhlande		769612-0109 Telefon, även riktnummer
Jag har själv Personen ar en assistans	v anställt assistenten Namn på and VARBER Kontaktperso Carina G	(Fyll inte i något mer u ordnaren GS FAMILJEASS n ustafsson och Bi	ISTANS rgitta Wåhlande		769612-0109 Telefon, även riktnummer
Jag har själv Personen ar en assistans	Namn på and VARBER Kontaktperso Carina G Är anordnare	(Fyll inte i något mer u ordnaren GS FAMILJEASS n ustafsson och Bi n arbetsgivare för assist	ISTANS rgitta Wåhlande		769612-0109 Telefon, även riktnummer
Jag har själv Personen ar en assistans	Namn på and VARBER Kontaktperso Carina G Är anordnare Ja Nej, ar uppdra	(Fyll inte i något mer u ordnaren GS FAMILJEASS n ustafsson och Bi n arbetsgivare för assiste nordnaren är agsgivare åt	ISTANS rgitta Wåhlande enten?		769612-0109 Telefon, även riktnummer 034 037 00 9
Jag har själv Personen ar en assistans	Namn på and VARBER Kontaktperso Carina G Är anordnare Ja Nej, ar uppdra assiste	(Fyll inte i något mer u ordnaren GS FAMILJEASS n ustafsson och Bi n arbetsgivare för assiste nordnaren är agsgivare åt enten som har	ISTANS rgitta Wåhlande enten?		769612-0109 Telefon, även riktnummer 034 037 00 9
Jag har själv Personen ar en assistans	Namn på and VARBER Kontaktperso Carina G Är anordnare Ja Nej, ar uppdra assiste	(Fyll inte i något mer u ordnaren GS FAMILJEASS n ustafsson och Bi n arbetsgivare för assiste nordnaren är agsgivare åt	ISTANS rgitta Wåhlande enten?		769612-0109 Telefon, även riktnummer 034 037 00 9
Jag har själv Personen ar en assistans	Namn på and VARBER Kontaktperso Carina G Är anordnare Ja Nej, ar uppdra assiste en anr	(Fyll inte i något mer u ordnaren GS FAMILJEASS n ustafsson och Bi n arbetsgivare för assiste nordnaren är agsgivare åt enten som har	rgitta Wåhlande enten?	r	769612-0109 Telefon, även riktnummer 034 037 00 9 Organisationsnummer
Jag har själv Personen ar en assistans	Namn på and VARBER Kontaktperso Carina G Är anordnare Ja Nej, ar uppdra assiste en anr	(Fyll inte i något mer u ordnaren GS FAMILJEASS n ustafsson och Bi n arbetsgivare för assiste nordnaren är agsgivare åt enten som har nan arbetsgivare	rgitta Wåhlande enten?	r	769612-0109 Telefon, även riktnummer 034 037 00 9 Organisationsnummer
Jag har själv Personen ar en assistans anordnare	Namn på and VARBER Kontaktperso Carina G Är anordnare Ja Nej, ar Nej, ar	(Fyll inte i något mer u ordnaren GS FAMILJEASS n ustafsson och Bi n arbetsgivare för assiste nordnaren är agsgivare åt enten som har nan arbetsgivare nordnaren är uppdrags	irgitta Wåhlande enten? enn på arbetsgivaren	r n som är egenfo	769612-0109 Telefon, även riktnummer 034 037 00 9 Organisationsnummer
Jag har själv Personen ar en assistans anordnare	Namn på and VARBER Kontaktperso Carina G Är anordnare Ja Nej, ar uppdra assiste en ann Nej, ar	(Fyll inte i något mer u ordnaren GS FAMILJEASS n ustafsson och Bi n arbetsgivare för assiste nordnaren är agsgivare åt enten som har nan arbetsgivare nordnaren är uppdrag:	irgitta Wåhlande enten? enn på arbetsgivaren	r n som är egenfo	769612-0109 Telefon, även riktnummer 034 037 00 9 Organisationsnummer
Jag har själv Personen ar en assistans anordnare	Namn på and VARBER Kontaktperso Carina G Är anordnare Ja Nej, ar Nej, ar	(Fyll inte i något mer u ordnaren GS FAMILJEASS n ustafsson och Bi n arbetsgivare för assiste nordnaren är agsgivare åt enten som har nan arbetsgivare nordnaren är uppdrag:	irgitta Wåhlande enten? enn på arbetsgivaren	r n som är egenfo	769612-0109 Telefon, även riktnummer 034 037 00 9 Organisationsnummer

FK 3059 (015 F 001) Fastställd av Försäkringskassan

	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid	Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid
01	10.30 - 18.15	\boxtimes							
02	10.30 - 18.15	\boxtimes							
03	07.00 - 15.00	\boxtimes							
05	07.00 - 15.00	\boxtimes							
31	07.00 - 15.00								

Summa tid:		Aktiv tid		tetid	Bereds	kapstid
Tiderna förs över till Räkning assistansersättning (3057)	Timmar 39	Minuter 30	Timmar 0	Minuter 00	Timmar 0	Minuter 00

8. Underskrift av dig som är assistent

	Jag intygar att uppgifterna är riktiga.						
Ì	Datum	Namnteckning		Telefon, även riktnummer			
	2020-09-01, kl. 00.08	Andréas Wallin	e-signering via Time2View	073 384 20 31			

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

Tidsredovisning Assistansersättning

År och månad

2020 - 08

Skicka blanketten till Försäkringskassans inläsningscentral 839 88 Östersund

	amn				Personnummer (12 siffror)
hristoffer Wå	hlander				19890119-4657
Du som är ass	istent fyller i tidsre	dovisningen på sida	ın 2. Sedan lämnar	du den till din	arbetsgivare. Du som
är anordnare f	yller sedan i punkt	3 - 6 på sidan 1.			
Du som är as					Personnummer (12 siffror)
Birgitta Wåhlar	nder				19601007-4620
. Omfattas as	sistenten av kolle	ktivavtal?			
Ja	Nej				
Uppgifter on	n beräkningsperio	d enligt arbetstids	lagen eller kollek	ivavtal	
		anordnaren tillhör k			
			ogifter som du lämn	ar. Fyll i den e	eller de perioder som
ingår i den här	tidsredovisningen.				
rån och med	till och med	Från och med	till och med	Från och	med till och med
2020-08-01	2020-11-30				
اد محمد حام م گر					
ran ocn med	till och med	Från och med	till och med	Från och	med till och med
ran och med	till och med	Från och med	till och med	Från och	med till och med
			till och med	Från och	med till och med
	av personlig assi		till och med	Från och	med till och med
i. Anordnaren	av personlig assi				med till och med
5. Anordnaren Jag har själv	av personlig assi anställt assistenten Namn på and	stans (Fyll inte i något mer ordnaren	under den här punkte	n)	Organisationsnummer
. Anordnaren	av personlig assi anställt assistenten litar VARBER	stans (Fyll inte i något mer ordnaren GS FAMILJEASS	under den här punkte	n)	Organisationsnummer 769612-0109
. Anordnaren Jag har själv Personen ar	av personlig assidenten anställt assistenten littar VARBER Kontaktperson	stans (Fyll inte i något mer ordnaren GS FAMILJEASS	under den här punkte	n)	Organisationsnummer 769612-0109 Telefon, även riktnummer
Jag har själv Personen ar en assistans	av personlig assi anställt assistenten lilitar VARBER Kontaktperso Carina G	stans (Fyll inte i något mer ordnaren GS FAMILJEASS	under den här punkte SISTANS irgitta Wåhlande	n)	Organisationsnummer 769612-0109
. Anordnaren Jag har själv Personen ar en assistans	av personlig assir anställt assistenten llitar VARBER Kontaktperso Carina G Är anordnare	stans (Fyll inte i något mer ordnaren GS FAMILJEASS	under den här punkte SISTANS irgitta Wåhlande	n)	Organisationsnummer 769612-0109 Telefon, även riktnummer
Jag har själv Personen ar en assistans	av personlig assi anställt assistenten lilitar VARBER Kontaktperso Carina G	stans (Fyll inte i något mer pordnaren GS FAMILJEASS in ustafsson och B in arbetsgivare för assist	under den här punkte SISTANS irgitta Wåhlande enten?	n) r	Organisationsnummer 769612-0109 Telefon, även riktnummer 034 037 00 9
. Anordnaren Jag har själv Personen ar en assistans	av personlig assir ranställt assistenten lilitar VARBER Kontaktperso Carina G Är anordnare	stans (Fyll inte i något mer pordnaren GS FAMILJEASS in ustafsson och B n arbetsgivare för assist	under den här punkte SISTANS irgitta Wåhlande	n) r	Organisationsnummer 769612-0109 Telefon, även riktnummer
. Anordnaren Jag har själv Personen ar en assistans	av personlig assir r anställt assistenten lilitar VARBER Kontaktperso Carina G Är anordnare	stans (Fyll inte i något mer pordnaren GS FAMILJEASS In ustafsson och B In arbetsgivare för assist	under den här punkte SISTANS irgitta Wåhlande enten?	n) r	Organisationsnummer 769612-0109 Telefon, även riktnummer 034 037 00 9
. Anordnaren Jag har själv Personen ar en assistans	av personlig assignation anställt assistenten Namn på and VARBER Kontaktperso Carina G Är anordnare Ja Nej, an uppdra assiste	stans (Fyll inte i något mer pordnaren GS FAMILJEASS on ustafsson och Bon arbetsgivare för assist oprdnaren är agsgivare åt enten som har	under den här punkte SISTANS irgitta Wåhlande enten?	n) r	Organisationsnummer 769612-0109 Telefon, även riktnummer 034 037 00 9
. Anordnaren Jag har själv Personen ar en assistans	av personlig assignation anställt assistenten Namn på and VARBER Kontaktperso Carina G Är anordnare Ja Nej, an uppdra assiste	stans (Fyll inte i något mer pordnaren GS FAMILJEASS In ustafsson och B In arbetsgivare för assist	under den här punkte SISTANS irgitta Wåhlande enten?	n) r	Organisationsnummer 769612-0109 Telefon, även riktnummer 034 037 00 9
. Anordnaren Jag har själv Personen ar en assistans	av personlig assidanställt assistenten Namn på and VARBER Kontaktperso Carina G Är anordnare Ja Nej, ar uppdra assiste en anr	stans (Fyll inte i något mer pordnaren GS FAMILJEASS on ustafsson och Bon arbetsgivare för assist oprdnaren är agsgivare åt enten som har	under den här punkte SISTANS irgitta Wåhlande enten? mn på arbetsgivaren	n) r	Organisationsnummer 769612-0109 Telefon, även riktnummer 034 037 00 9 Organisationsnummer
. Anordnaren Jag har själv Personen ar en assistans	av personlig assidanställt assistenten Namn på and VARBER Kontaktperso Carina G Är anordnare Ja Nej, ar uppdra assiste en anr	stans (Fyll inte i något mer pordnaren GS FAMILJEASS in ustafsson och B in arbetsgivare för assist mordnaren är agsgivare åt enten som har nan arbetsgivare	under den här punkte SISTANS irgitta Wåhlande enten? mn på arbetsgivaren	n) r	Organisationsnummer 769612-0109 Telefon, även riktnummer 034 037 00 9 Organisationsnummer
. Anordnaren Jag har själv Personen ar en assistans anordnare	av personlig assistenten anställt assistenten VARBER Kontaktperso Carina G Är anordnare Jassiste en anr	stans (Fyll inte i något mer ordnaren GS FAMILJEASS n ustafsson och B n arbetsgivare för assist nordnaren är agsgivare åt enten som har nan arbetsgivare nordnaren är uppdrag	under den här punkte SISTANS irgitta Wåhlande enten? mn på arbetsgivaren sgivare åt assistenter	n) r	Organisationsnummer 769612-0109 Telefon, även riktnummer 034 037 00 9 Organisationsnummer
Anordnaren Jag har själv Personen ar en assistans anordnare	av personlig assiranställt assistenten Namn på and VARBER Kontaktperso Carina G Är anordnare Ja Nej, al uppdra assiste en anr Nej, al	stans (Fyll inte i något mer oprdnaren GS FAMILJEASS on ustafsson och Bon arbetsgivare för assisten en e	under den här punkte SISTANS irgitta Wåhlande enten? mn på arbetsgivaren sgivare åt assistenter	n) r	Organisationsnummer 769612-0109 Telefon, även riktnummer 034 037 00 9 Organisationsnummer
Jag har själv Personen ar en assistans anordnare	av personlig assistenten anställt assistenten VARBER Kontaktperso Carina G Är anordnare Jassiste en anr	stans (Fyll inte i något mer oprdnaren GS FAMILJEASS on ustafsson och Bon arbetsgivare för assisten en e	under den här punkte SISTANS irgitta Wåhlande enten? mn på arbetsgivaren sgivare åt assistenter	n) r	Organisationsnummer 769612-0109 Telefon, även riktnummer 034 037 00 9 Organisationsnummer

FK 3059 (015 F 001) Fastställd av Försäkringskassan

	edovisiling av utiord				7 7					
Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid		Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid
01	00.00 - 06.00									
06	07.15 - 10.30	\boxtimes								
07	15.00 - 18.00	\boxtimes								
08	08.15 - 16.30	\boxtimes								
09	06.45 - 10.30	\boxtimes								
15	08.30 - 18.00	\boxtimes								
16	08.30 - 18.00	\boxtimes								
17	13.30 - 18.00	\boxtimes								
18	07.30 - 18.00	\boxtimes								
19	07.30 - 10.00	\boxtimes								
20	10.30 - 18.15	\boxtimes								
22	06.45 - 18.15	\boxtimes								
23	10.30 - 15.00	\boxtimes								
28	13.00 - 17.00	\boxtimes								

ı	Summa tid:	Aktiv tid		Vän	tetid	Beredskapstid	
	Tiderna förs över till Räkning assistansersättning (3057)	Timmar 88	Minuter 30	Timmar 0	Minuter 00	Timmar 0	Minuter 00

8. Underskrift av dig som är assistent

Jag intygar att uppgifterna är rik	ktiga.		
Datum	Namnteckning		Telefon, även riktnummer
2020-09-01, kl. 07.44	Birgitta Wåhlander	e-signering via Time2View	070 939 79 97

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

Tidsredovisning Assistansersättning

År och månad

2020 - 08

839 88 Östersund

Skicka blanketten till Försäkringskassans inläsningscentral

1. Personen som har personlig assistans Förnamn och efternamn Personnummer (12 siffror) Christoffer Wåhlander 19890119-4657 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 Personnummer (12 siffror) Lars Wåhlander 19580518-4610 3. Omfattas assistenten av kollektivavtal? X Nej Ja 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 till och med Från och med till och med Från och med till och med 2020-08-01 2020-11-30 Från och med till och med till och med till och med Från och med Från och med 5. Anordnaren av personlig assistans Jag har själv anställt assistenten (Fyll inte i något mer under den här punkten) Namn på anordnaren Personen anlitar Organisationsnummer VARBERGS FAMILJEASSISTANS 769612-0109 en assistans-Kontaktperson Telefon, även riktnummer anordnare Carina Gustafsson och Birgitta Wåhlander 034 037 00 9 Är anordnaren arbetsgivare för assistenten? X Ja Namn på arbetsgivaren Organisationsnummer Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som har en annan arbetsgivare 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

FK 3059 (015 F 001) Fastställd av Försäkringskassan

Beredskapstid

16 (18)

Försäkringskassan
av
Fastställd
01)
Ε0
015
3059
품

Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid	Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid
01	00.00 - 08.15								
04	08.00 - 18.15	\boxtimes							
06	07.00 - 15.00	\boxtimes							
07	10.30 - 18.15	\boxtimes							
08	08.00 - 18.15	\boxtimes							
09	08.00 - 15.00	\boxtimes							
10	07.00 - 15.00	\boxtimes							
15	08.00 - 18.15	\boxtimes							
16	08.00 - 18.15	\boxtimes							
17	07.00 - 18.30	\boxtimes							
18	07.00 - 18.15	\boxtimes							
19	07.00 - 15.00	\boxtimes							
21	10.30 - 17.00	\boxtimes							
22	10.00 - 14.00	\boxtimes							
23	09.00 - 17.45	\boxtimes							
26	07.00 - 12.00	\boxtimes							
28	10.30 - 18.15	\boxtimes							
31	10.30 - 18.30	\boxtimes							

Tiderna förs över till Räkning assistansersättning (3057)	150	Minuter 45	Timmar 0	Minuter 00	Timmar 0	Minuter 00	

Aktiv tid

Väntetid

8. Underskrift av dig som är assistent

Jag intygar att uppgifterna är rik	ktiga.		
Datum	Namnteckning		Telefon, även riktnummer
2020-08-31, kl. 18.49	Lars Wåhlander	e-signering via Time2View	073 060 14 51

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

0771-524 524

www.forsakringskassan.se

Räkning Assistansersättning

År och månad

2020 - 08

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

2. Redovisning av all utförd assistans under månaden Aktiv tid	Offiailiff Octi	efternamn						Personnummer (12 siffror)
Aktivitid Wanteild, faktiska timmar timmar minuter total timmar minuter timar minuter timar minuter timar minuter timar minuter timar minuter timar minuter to time timmar minuter timar minuter tities minuter tities minuter tities minuter timar minuter timar minuter timan	Christoffer	Wåhlander						19890119-4657
Aktiv tid winmar minuter blimmar blimmar minuter blimar minuter blimar minuter blimmar minuter blimar minuter								
Nei Vanteiid, faktiska timmar Beredskapstid, faktiska timmar timmar minuter timer minuter timmar minuter timmar timmar minuter timer minuter timer minuter timer minuter timer minuter timer timer minuter timer timer minuter timer timer	2 Redovis	ning av all utförd	l accieta	ns under	r månade	n		
immar minuter bitmmar minuter bitmmar minuter bitmmar minuter o 0 00 3. Har assistans utförts i barnomsorg, skola eller daglig verksamhet 3. Har assistans utförts i barnomsorg, skola eller daglig verksamhet 4. Har du vårdats på sjukhus den här månaden? Nej 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? Ja Bifoga en förklaring till varför du behövde anlita en assistent på plats. Skicka också in handlingar som styrker dina uppg 3. Fyll i här om du har köpt assistans och fått ersättning i efterskott Har du använt föregående månads utbetalning till köp av personlig assistans? Ja 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. Jatum (år, månad, dag) Namnteckning Telefon, även riktnummer 8. Fyll i här om du som skrivit under är ställföreträdare Jag ar vårdnadshavare god man förvaltare		ining av an attora					Beredska	apstid. faktiska timmar
919 00 0 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00	immar	minuter						
3. Har assistans utförts i barnomsorg, skola eller daglig verksamhet Ja								
4. Har du vårdats på sjukhus den här månaden? Nej	0.0			<u> </u>				
4. Har du vårdats på sjukhus den här månaden? Nej	3. Har assi	stans utförts i ba	rnomso	rg, skola	eller dag	glig verksamhet		
Nej 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? Ja Bifoga en förklaring till varför du behövde anlita en assistent på plats. Skicka också in handlingar som styrker dina uppg 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? Ja 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 vårdnadshavare god man förvaltare								
Nej 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? Ja Bifoga en förklaring till varför du behövde anlita en assistent på plats. Skicka också in handlingar som styrker dina uppg 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? Ja 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 vårdnadshavare god man förvaltare								
Nej 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? Ja Bifoga en förklaring till varför du behövde anlita en assistent på plats. Skicka också in handlingar som styrker dina uppg 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? Ja 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 vårdnadshavare god man förvaltare								
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? Ja Bifoga en förklaring till varför du behövde anlita en assistent på plats. Skicka också in handlingar som styrker dina uppg 5. Fyll i här om du har köpt assistans och fått ersättning i efterskott	4. Har du v	vardats på sjukhu	is den h	ar mănad	len?			
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? Ja Bifoga en förklaring till varför du behövde anlita en assistent på plats. Skicka också in handlingar som styrker dina uppg 5. Fyll i här om du har köpt assistans och fått ersättning i efterskott Ja Nej, det finns kronor kvar Ja Nej, det finns kronor kvar 7. Underskrift Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga. Vär 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 Ja Namnteckning Telefon, även riktnummer Ja Vårdnadshavare god man förvaltare	Nej							
5. Har du vistats i ett land utanför EES-området och anlitat en assistent på plats? Ja Bifoga en förklaring till varför du behövde anlita en assistent på plats. Skicka också in handlingar som styrker dina uppg 5. Fyll i här om du har köpt assistans och fått ersättning i efterskott Har du använt föregående månads utbetalning till köp av personlig assistans? Ja Nej, det finns kronor kvar V. Underskrift Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga. Når 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 S. Fyll i här om du som skrivit under är ställföreträdare Jag är vårdnadshavare god man förvaltare		an och med (år måna	d dag)	Klockslag		Till och med (år mår	nad dag)	Klockslag
Bifoga en förklaring till varför du behövde anlita en assistent på plats. Skicka också in handlingar som styrker dina uppg 5. Fyll i här om du har köpt assistans och fått ersättning i efterskott dar du använt föregående månads utbetalning till köp av personlig assistans? Da Nej, det finns kronor kvar 7. Underskrift lag 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 3. Fyll i här om du som skrivit under är ställföreträdare lag är vårdnadshavare god man förvaltare		arroom mod (ar, mana	a, aag,	rtioonolog		Tim Con mod (an, man	iau, aug)	radalag
Bifoga en förklaring till varför du behövde anlita en assistent på plats. Skicka också in handlingar som styrker dina uppg 5. Fyll i här om du har köpt assistans och fått ersättning i efterskott dar du använt föregående månads utbetalning till köp av personlig assistans? Da Nej, det finns kronor kvar 7. Underskrift lag 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 3. Fyll i här om du som skrivit under är ställföreträdare lag är vårdnadshavare god man förvaltare								
Bifoga en förklaring till varför du behövde anlita en assistent på plats. Skicka också in handlingar som styrker dina uppg 5. Fyll i här om du har köpt assistans och fått ersättning i efterskott								
Bifoga en förklaring till varför du behövde anlita en assistent på plats. Skicka också in handlingar som styrker dina uppg 5. Fyll i här om du har köpt assistans och fått ersättning i efterskott								
Bifoga en förklaring till varför du behövde anlita en assistent på plats. Skicka också in handlingar som styrker dina uppg 5. Fyll i här om du har köpt assistans och fått ersättning i efterskott								
Bifoga en förklaring till varför du behövde anlita en assistent på plats. Skicka också in handlingar som styrker dina uppg 6. Fyll i här om du har köpt assistans och fått ersättning i efterskott								
Bifoga en förklaring till varför du behövde anlita en assistent på plats. Skicka också in handlingar som styrker dina uppg 6. Fyll i här om du har köpt assistans och fått ersättning i efterskott								
6. Fyll i här om du har köpt assistans och fått ersättning i efterskott								
6. Fyll i här om du har köpt assistans och fått ersättning i efterskott	5. Har du v	ristats i ett land u	ıtanför E	ES-områ	det och a	anlitat en assiste	nt på plat	ts?
Har du använt föregående månads utbetalning till köp av personlig assistans? Ja								
Har du använt föregående månads utbetalning till köp av personlig assistans? Ja 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 3. Fyll i här om du som skrivit under är ställföreträdare Jag är vårdnadshavare god man förvaltare								
Har du använt föregående månads utbetalning till köp av personlig assistans? Ja 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 3. Fyll i här om du som skrivit under är ställföreträdare Jag är vårdnadshavare god man förvaltare								
Ja Nej, det finns kronor kvar Nej, det finns kronor kvar Nej, det finns kronor kvar När uppgifter 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	Ja Bi	ifoga en förklaring till	varför du l	behövde an	ilita en assi	stent på plats. Skicka		
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 3. Fyll i här om du som skrivit under är ställföreträdare Jag är vårdnadshavare god man förvaltare	Ja Bi	foga en förklaring till v	varför du l assistai	behövde an	lita en assi	stent på plats. Skicka		
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 B. Fyll i här om du som skrivit under är ställföreträdare Jag är vårdnadshavare god man förvaltare	Ja Bi 6. Fyll i hä Har du använt	r om du har köpt	varför du l assistai itbetalning	ns och få	ilita en assi tt ersättn ersonlig ass	stent på plats. Skicka		
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 B. Fyll i här om du som skrivit under är ställföreträdare Jag är vårdnadshavare god man förvaltare	Ja Bi 6. Fyll i hä Har du använt	r om du har köpt	varför du l assistai itbetalning	ns och få	ilita en assi tt ersättn ersonlig ass	stent på plats. Skicka		
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 B. Fyll i här om du som skrivit under är ställföreträdare Jag är vårdnadshavare god man förvaltare	Ja Bi 6. Fyll i hä Har du använt	r om du har köpt	varför du l assistai itbetalning	ns och få	ilita en assi tt ersättn ersonlig ass	stent på plats. Skicka		
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 3. Fyll i här om du som skrivit under är ställföreträdare Jag är vårdnadshavare god man förvaltare	Ja Bi 6. Fyll i hä Har du använt Ja	r om du har köpt föregående månads u	varför du l assistai itbetalning	ns och få	ilita en assi tt ersättn ersonlig ass	stent på plats. Skicka		
att utelämna något eller att inte meddela Försäkringskassan när uppgifterna jag lämnat förändras. Datum (år, månad, dag) Namnteckning Telefon, även riktnummer B. Fyll i här om du som skrivit under är ställföreträdare Jag är vårdnadshavare god man förvaltare	Ja Bi 6. Fyll i hä Har du använt Ja 7. Undersk	r om du har köpt föregående månads u Nej, det fini	varför du l assistai itbetalning	ns och få till köp av po	tt ersättn ersonlig ass	stent på plats. Skicka ling i efterskott istans?	a också in h	
Datum (år, månad, dag) Namnteckning Telefon, även riktnummer B. Fyll i här om du som skrivit under är ställföreträdare Jag är vårdnadshavare god man förvaltare	Ja Bi 6. Fyll i hä Har du använt Ja 7. Undersk Jag försäkra	r om du har köpt föregående månads u Nej, det fini krift r på heder och samv	varför du l assistai itbetalning ns	ns och få till köp av po kron	tt ersättn ersonlig ass or kvar	stent på plats. Skicka ing i efterskott istans?	a också in h	andlingar som styrker dina uppg
Jag är vårdnadshavare god man förvaltare	Ja Bi 6. Fyll i hä Har du använt Ja 7. Undersk Jag försäkra När uppgifte	r om du har köpt föregående månads u Nej, det fini krift r på heder och samv	assistal utbetalning ns vete att up	ns och får till köp av po kron ppgifterna i	tt ersättn ersonlig ass or kvar blanketter	stent på plats. Skicka ing i efterskott istans? n är riktiga och fullst an. Jag vet att det ä	ändiga.	andlingar som styrker dina uppg att lämna felaktiga uppgifter,
Jag är	Ja Bi 6. Fyll i hä Har du använt Ja 7. Undersk Jag försäkra När uppgifte att utelämna	r om du har köpt föregående månads u Nej, det fini krift r på heder och samv rna förändras måste något eller att inte r	varför du l assistal utbetalning ns vete att up	ns och få till köp av po kron ppgifterna i dela Försäk	tt ersättn ersonlig ass or kvar blanketter	stent på plats. Skicka ing i efterskott istans? n är riktiga och fullst an. Jag vet att det ä	ändiga.	andlingar som styrker dina uppg att lämna felaktiga uppgifter, dras.
Jag är	Ja Bi 6. Fyll i hä Har du använt Ja 7. Undersk Jag försäkra När uppgifte att utelämna	r om du har köpt föregående månads u Nej, det fini krift r på heder och samv rna förändras måste något eller att inte r	varför du l assistal utbetalning ns vete att up	ns och få till köp av po kron ppgifterna i dela Försäk	tt ersättn ersonlig ass or kvar blanketter	stent på plats. Skicka ing i efterskott istans? n är riktiga och fullst an. Jag vet att det ä	ändiga.	andlingar som styrker dina uppg att lämna felaktiga uppgifter, dras.
Jag är vårdnadshavare god man förvaltare	Ja Bi 6. Fyll i hä Har du använt Ja 7. Undersk Jag försäkra När uppgifte att utelämna	r om du har köpt föregående månads u Nej, det fini krift r på heder och samv rna förändras måste något eller att inte r	varför du l assistal utbetalning ns vete att up	ns och få till köp av po kron ppgifterna i dela Försäk	tt ersättn ersonlig ass or kvar blanketter	stent på plats. Skicka ing i efterskott istans? n är riktiga och fullst an. Jag vet att det ä	ändiga.	andlingar som styrker dina uppgi att lämna felaktiga uppgifter, dras.
Jag är	Ja Bi 6. Fyll i hä Har du använt Ja 7. Undersk Jag försäkra När uppgifte att utelämna	r om du har köpt föregående månads u Nej, det fini krift r på heder och samv rna förändras måste något eller att inte r	varför du l assistal utbetalning ns vete att up	ns och få till köp av po kron ppgifterna i dela Försäk	tt ersättn ersonlig ass or kvar blanketter	stent på plats. Skicka ing i efterskott istans? n är riktiga och fullst an. Jag vet att det ä	ändiga.	andlingar som styrker dina uppg att lämna felaktiga uppgifter, dras.
	Ja Bi 6. Fyll i hä Har du använt Ja 7. Undersk Jag försäkra När uppgifte att utelämna Datum (år, må	r om du har köpt föregående månads u Nej, det fini krift r på heder och samv rna förändras måste något eller att inte r	assistal utbetalning ns vete att up i jag medo meddela F	ns och få till köp av po kron ppgifterna i dela Försäkrings ning	tt ersättn ersonlig ass or kvar blanketter kringskass skassan nä	stent på plats. Skicka sing i efterskott istans? n är riktiga och fullst an. Jag vet att det ä år uppgifterna jag lär	ändiga.	andlingar som styrker dina uppg att lämna felaktiga uppgifter, dras.
	Ja Bi 6. Fyll i hä Har du använt Ja 7. Undersk Jag försäkra När uppgifte att utelämna Datum (år, må	r om du har köpt föregående månads u Nej, det fini krift r på heder och samv rna förändras måste något eller att inte r	assistal utbetalning ns vete att up i jag medo meddela F	ns och få till köp av po kron ppgifterna i dela Försäkrings ning	tt ersättn ersonlig ass or kvar blanketter kringskass skassan nä	stent på plats. Skicka sing i efterskott istans? n är riktiga och fullst an. Jag vet att det ä år uppgifterna jag lär	ändiga.	andlingar som styrker dina uppgi att lämna felaktiga uppgifter, dras.
ASTRIBUTION OF THE PROPERTY OF	Ja Bi 6. Fyll i hä Har du använt Ja 7. Undersk Jag försäkra När uppgifte att utelämna Datum (år, må	r om du har köpt föregående månads u Nej, det fini krift r på heder och samv rna förändras måste något eller att inte r ånad, dag)	assistal utbetalning ns vete att up i jag medo meddela F	ns och få till köp av po kron ppgifterna i dela Försäkrings ning	tt ersättn ersonlig ass or kvar blanketter kringskass skassan nä	stent på plats. Skicka sing i efterskott istans? n är riktiga och fullst an. Jag vet att det ä år uppgifterna jag lär	ändiga. r straffbart	andlingar som styrker dina uppgi att lämna felaktiga uppgifter, dras.

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 kronoi	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 Färgäkringskassen präver om jag är återhetalningsskuldig om det har utbetalete fär mysket ergättning fär den

FK 3057 (016 F 001) Fastställd av Försäkringskassan

här perioden.