

Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS

Den assistansberättigades namn Adam Andersson	Personnummer 19490110-2121
Adress och postadress Allmogevej, 121221, GtB	Telefonnummer 031111111
Ev e-post shajukt@gmail.com	

Legal företrädare/ombud namn Man God	Telefonnummer +46701 23 45 67	Uppdrag test123
Adress och postadress Godmangata 63, 69232 Kumla		Fullmakt <input type="checkbox"/> Bifogas <input checked="" type="checkbox"/> Tidigare insänt
Kontaktperson hos utförare CirrusTest	E-post utförare support@time2view.se	

Ersättning utbetalas till konto	Referensnummer 1-10201 : 09-03
---------------------------------	-----------------------------------

Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent (namn) Göran Johansson	Personnummer 19712455-5637	Anställningsnummer 20025
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum) 2016-09-03 till 2016-09-04	Karensdag (datum) 09-03	

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 : 2016-09-03 till 2016-09-30

	Timmar	Ord lön kr/tim	Sjuklön kr/tim	Summa
Sjuklön dag 2-14	0.00	0	0.00	0.00
Semestersättn dag 2-14	0.00	0.00		0.00
Semestersättn jour dag 2-14	10.00	17.39		173.90
Karensdag	8.00			
Jour helg	40.00	10.00	8.00	320.00
Försäkring	8.77%			43.32
Sociala avgifter	31.42%			155.18
Summa				692.40

Redovisade timmar till FK för utförd assistans under sjukperioden	Kr/tim 100	Timmar 48	Summa 4800.00
---	---------------	--------------	------------------

Att ovanstående uppgifter är riktiga intygas härmed samt att jag godkänner registrering av personuppgifter:

Datum

Underskrift av den assistansberättigade eller ombud och namnförtydligande