

2017 - 03

kumla

Box 115

Ref nr 123-556789

692 32 kumla

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 Christa Frelin	Personnummer (12 siffror) 19840828-0405
--	---

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 2016-10-01	till och med 2017-03-31	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

<input type="checkbox"/> Jag har själv anställt assistenten (Fyll inte i något mer under den här punkten)		
<input type="checkbox"/> Personen anlitat en assistans-anordnare	Namn på anordnaren	
	Organisationsnummer	
	Kontaktperson	
	Telefon, även riktnummer	
	Är anordnaren arbetsgivare för assistenten?	
	<input type="checkbox"/> Ja	
	Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som har en annan arbetsgivare	<input type="checkbox"/> Namn på arbetsgivaren <input type="checkbox"/> 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
01	12.00 - 16.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	12.00 - 16.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	12.00 - 16.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	12.00 - 16.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	12.00 - 16.00	<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"/>	<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
	20	00	0	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.

Blanketten ska skickas in varje månad i efterskott, senast den 10:e dagen i månaden, tillsammans med en kopia av tidsredovisningen för antal utförda timmar. Tidsredovisningen ska undertecknas av den enskilde/legala ställföreträdare samt assistenter eller assistans-anordnare. Uppgifterna utgör underlag för kommunens utbetalning. Inga fakturor tas emot

År och månad

2017 - 03

Skicka blanketten till

kumla

Box 115

692 32 kumla

Referens kod

123-556789

1. Personuppgifter (Den assistansberättigade)

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

2. Antal beviljade timmar assistans timmar

Antal beviljade timmar och minuter per vecka	Period för beslutet F.r.o.m – T.o.m
1000.00	2015-01-01 -- 2017-12-31

3. Redovisning av utförd assistans

Aktiv tid	Väntetid, faktiska timmar	Beredskapstid, faktiska timmar
Timmar minuter	Timmar minuter	Timmar minuter
116 00	0 00	0 00

Jag skickar med (antal) 2 Tidsredovisning personlig assistans

4. Har du vårdats på sjukhus den här månaden?

<input type="checkbox"/> Nej			
<input type="checkbox"/> Ja	Första dagen på sjukhus den här månaden	sista dagen på sjukhus den här månaden	
Har du varit i kontakt med biståndshandläggare gällande personlig assistans under sjukhusvistelse?			
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ			
<input type="checkbox"/> Jag har fått personlig assistans under tiden jag vårdades på sjukhus. Timmarna ingår i redovisningen under punkt 2.	Aktiv tid Timmar minuter	Väntetid, faktiska timmar Timmar minuter	Beredskapstid, faktiska timmar Timmar minuter

5. Har du anlitat en assistent som är bosatt utanför EES - området? (LSS 9d§)

<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Bifoga en förklaring till varför du behövde anlita en assistent på plats. Skicka också in handlingar som styrker dina uppgifter		
F.r.o.m – T.o.m	Aktiv tid Timmar minuter	Väntetid, faktiska timmar Timmar minuter	Beredskapstid, faktiska timmar Timmar minuter

6. Assistansanordnare – arbetsgivare för personlig assistans som utför beviljade assistans timmar

Bolags namn och organisations nummer	Telefon nummer	
CirrusTest	0704434964	
Mejladress	Ersättningen betalas ut till kontonummer inklusive clearingnummer	5895-65988
support@time2view.se		

Tillstånd från inspektionen för vård och omsorg (IVO)

JA ☐NEJ ☐**7. Underskrift**

Vi har tagit del av kommunens rutin (<http://www.borlange.se/omsorg-och-hjalp/funktionsnedsattning-handikapp/personlig-assistans/externa-bolag>) och villkor för ersättning av personlig assistans enligt 9 § 2 LSS, vilka vi förbinder oss att följa. Vi försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga.

När uppgifterna förändras måste vi meddela Borlänge kommun. Vi vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter, att utelämna något eller att inte meddela Borlänge kommun när uppgifterna vi lämnat förändras.

Datum	Namnteckning	Telefon, även riktnummer
		011-11

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

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