

## Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS

|  |                            |
|--|----------------------------|
| Den assistansberättigades namn<br>Anne Stål        | Personnummer<br>4609110046 |
| Adress och postadress<br>Mingata, 98655, Tullängen | Telefonnummer<br>01111     |
| Ev e-post  |                            |

|  |   |   |
|--|---|---|
| Legal företrädare/ombud namn             | Telefonnummer                           | Uppdrag   |
| Adress och postadress                    |   | Fullmakt<br><input type="checkbox"/> Bifogas <input type="checkbox"/> Tidigare insänt |
| Kontaktperson hos utförare<br>CirrusTest | E-post utförare<br>support@time2view.se |   |

|                                 |                               |
|---------------------------------|-------------------------------|
| Ersättning utbetalas till konto | Referensnummer<br>001 : 04-13 |
|---------------------------------|-------------------------------|

### Styrkande av uppkommen merkostnad

|  |                            |                         |
|--|----------------------------|-------------------------|
| Ordinarie personlig assistent (namn)<br>Chathy Ericson                   | Personnummer<br>6705141080 | Anställningsnummer<br>3 |
| Sjukperiod för ordinarie assistent (datum)<br>2015-04-13 till 2015-04-13 | Karensdag (datum)<br>04-13 |                         |

| 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

**test spara**

**Ordinarie personal : 2015-04-13 till 2015-04-30**

|                        | 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        |
| Karensdag              | 1.00   |                |                |             |
| Försäkring             | 12.00% |                |                | 0.00        |
| Sociala avgifter       | 31.42% |                |                | 0.00        |
| Summa                  |        |                |                | <b>0.00</b> |

**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                  |        |                | <b>0.00</b> |

|   |                    |                    |                      |
|---|--------------------|--------------------|----------------------|
| Redovisade timmar till FK för utförd assistans under sjukperioden | Kr/tim<br><b>0</b> | Timmar<br><b>1</b> | Summa<br><b>0.00</b> |
|---|--------------------|--------------------|----------------------|

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

Datum

Underskrift av den assistansberättigade eller ombud och namnförtydligande