

2	0	2	0	-	1	1
---	---	---	---	---	---	---

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

1. Personen som har personlig assistans

Förnamn och efternamn Tina Bengtsson	Personnummer (12 siffror) 19860531-4627
---	--

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 Victoria Gunnarsson	Personnummer (12 siffror) 19740604-4664
--	--

3. Omfattas assistenten av kollektivavtal?

<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> 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 2020-08-01	till och med 2020-11-30	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 checked="" type="checkbox"/> Personen anlitat en assistans-anordnare	Namn på anordnaren VARBERGS FAMILJEASSISTANS	Organisationsnummer 769612-0109
	Kontaktperson Carina Gustafsson o Birgitta Wåhländer	Telefon 034 037 00 9
	Är anordnaren arbetsgivare för assistenten? <input checked="" type="checkbox"/> Ja	
	<input type="checkbox"/> Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som har en annan arbetsgivare	Namn på arbetsgivaren
<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 2020-12-14 15.20	Namnteckning Gustafsson Carina	Telefon 070 390 55 72
e-signering via Time2View		

7. Redovisning av utförd assistans

Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid
02	16.00 – 24.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	00.00 – 06.30	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	06.30 – 09.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	16.00 – 24.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	00.00 – 06.30	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	06.30 – 10.30	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	10.00 – 24.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	00.00 – 06.30	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	06.30 – 09.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	08.30 – 16.30	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	08.30 – 24.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	00.00 – 06.30	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	06.30 – 09.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	08.30 – 16.30	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	10.00 – 24.00	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	00.00 – 06.30	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	06.30 – 10.30	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	08.30 – 16.30	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	08.00 – 16.30	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	08.30 – 16.30	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid
30	16.00 – 24.00	<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"/>
	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Summa tid:	Aktiv tid		Väntetid		Beredskapstid	
Tiderna förs över till Räkning assistersättning (3057)	Timmar	Minuter	Timmar	Minuter	Timmar	Minuter
	123	30	32	30	0	00

8. Underskrift av dig som är assistent

Jag intygar att uppgifterna är riktiga.		
Datum	Namnteckning	Telefon
2020-12-14 15.01	Victoria Gunnarsson	073 021 77 97

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

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

30590306



2	0	2	0	—	1	1
---	---	---	---	---	---	---

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

1. Du som har personlig assistans

Förnamn och efternamn Tina Bengtsson	Personnummer (12 siffror) 19860531-4627
---	--

2. Redovisning av all utförd assistans under månaden

Aktiv tid		Väntetid, faktiska timmar		Beredskapstid, faktiska timmar	
timmar	minuter	timmar	minuter	timmar	minuter
123	30	32	30	0	00

3. Har assistans utförts i barnomsorg, skola eller daglig verksamhet

<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej

4. Har du vårdats på sjukhus den här månaden?

<input checked="" type="checkbox"/> Nej				
<input type="checkbox"/> 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?

<input type="checkbox"/> Ja	Bifoga en förklaring till varför du behövde anlita en assistent på plats. Skicka också in handlingar som styrker dina uppgifter.
-----------------------------	--

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?	
<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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
2020-12-01		070-248 48 16

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

Jag är <input type="checkbox"/> vårdnadshavare <input checked="" type="checkbox"/> god man <input type="checkbox"/> förvaltare	
Namnförtydligande Helen Bengtsson	Personnummer (12 siffror) 19660310-4602

Redovisning av kostnader

2020 - 11 19860531-4627

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 _____ kronor 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 Försäkringskassan prövar om jag är återbetalningsskyldig om det har utbetalats för mycket ersättning för den här perioden.