

Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS

Den assistansberättigades namn Stig Björk	Personnummer 3503120051
Adress och postadress Storgatan 12, 692 32, Kumla	Telefonnummer
Ev e-post	

Legal företrädare/ombud namn Nevo Gilad	Telefonnummer 046-704 43 49 64	Uppdrag test123555
Adress och postadress		Fullmakt <input type="checkbox"/> Bifogas <input type="checkbox"/> Tidigare insänt
Kontaktperson hos utförare CirrusTest	E-post utförare support@time2view.se	

Ersättning utbetalas till konto	Referensnummer 10200 : 01-17
---------------------------------	---------------------------------

Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent (namn) kalle Kaarlsson	Personnummer 4509159143	Anställningsnummer 20003
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum) 2014-01-17 till 2014-01-17	Karensdag (datum) 01-17	

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

Vårdföretagarna, bransch G

Ordinarie personal : 2014-01-17 till 2014-01-31

	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	0.50			
Försäkring	12.00%			0.00
Sociala avgifter	15.49%			0.00
Summa				0.00

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			0.00

Redovisade timmar till FK för utförd assistans under sjukperioden	Kr/tim 0	Timmar 0.3	Summa 0.00
---	--------------------	----------------------	----------------------

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

Datum

Underskrift av den assistansberättigade eller ombud och namnförtydligande