

Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS

Den assistansberättigades namn Adam Andersson	Personnummer 4901102121
Adress och postadress Allmogevej, 121221, GtB	Telefonnummer 031111111
Ev e-post adam@a.com	

Legal företrädare/ombud namn E1 T1	Telefonnummer	Uppdrag test123
Adress och postadress		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 : 12-07
---------------------------------	-----------------------------------

Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent (namn) Abc Nielsen	Personnummer 1441122338	Anställningsnummer 20024
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum) 2015-12-07 till 2015-12-07	Karensdag (datum) 12-07	

Namn på vikarie under ord ass sjukfrånvaro	Har arbetat datum	Klockslag	Ant tim	Timlön

Bifogas

- ☒ Sjukfrånvarooanmälan 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.
- ☒ Komplette 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

Assistenten omfattas inte av något ko

Ordinarie personal : 2015-12-07 till 2015-12-31

	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	8.00			
Försäkring	0.00%			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 3.35	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