

Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS

Den assistansberättigades namn Stig Björk	Personnummer 19350312-0051
Adress och postadress	Telefonnummer
Ev e-post shamsu@arioninfotech.com	

Legal företrädare/ombud namn Nevo Gilad	Telefonnummer +46467 04 43 49 61	Uppdrag 6123555
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 5895-65988	Referensnummer 10200 : 08-01	Yrkat belopp 196403.12
--	--	----------------------------------

Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent (namn) Loni Stark	Personnummer 19411202-0211	Anställningsnummer 9
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum) 2019-08-01 till 2019-08-13	Karensdag (datum) 08-01	

Namn på vikarie under ord ass sjukfrånvaro	Har arbetat datum	Klockslag	Ant tim	Timlön
Nielsen Abc	2019-08-01	6.00 - 24.00	18.00	0
Nielsen Abc	2019-08-02	0.00 - 6.00	6.00	0
Nielsen Abc	2019-08-06	6.00 - 7.00	1.00	0
Nielsen Abc	2019-08-06	7.00 - 22.00	15.00	0
Nielsen Abc	2019-08-06	22.00 - 24.00	2.00	0
Nielsen Abc	2019-08-07	0.00 - 6.00	6.00	0

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.
- ☒ Kompletta ifylld sammanställning som visar att faktisk merkostnad finns. (Styrkande av merkostnadens storlek, sid 2.)

Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS

Den assistansberättigades namn Stig Björk	Personnummer 19350312-0051
Adress och postadress	Telefonnummer
Ev e-post shamsu@arioninfotech.com	

Legal företrädare/ombud namn Nevo Gilad	Telefonnummer +46467 04 43 49 61	Uppdrag 61est123555
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 5895-65988	Referensnummer 10200 : 08-01	Yrkat belopp 196403.12
---	---------------------------------	---------------------------

Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent (namn) Loni Stark	Personnummer 19411202-0211	Anställningsnummer 9
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum) 2019-08-01 till 2019-08-13	Karensdag (datum) 08-01	

Namn på vikarie under ord ass sjukfrånvaro	Har arbetat datum	Klockslag	Ant tim	Timlön
Nielsen Abc	2019-08-07	6.00 - 7.00	1.00	0
Nielsen Abc	2019-08-07	7.00 - 8.00	1.00	0
Nielsen Abc	2019-08-08	6.00 - 24.00	18.00	0
Nielsen Abc	2019-08-09	0.00 - 6.00	6.00	0
Nielsen Abc	2019-08-12	6.00 - 7.00	1.00	0
Nielsen Abc	2019-08-12	7.00 - 22.00	15.00	0

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.)

Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS

Den assistansberättigades namn Stig Björk	Personnummer 19350312-0051
Adress och postadress	Telefonnummer
Ev e-post shamsu@arioninfotech.com	

Legal företrädare/ombud namn Nevo Gilad	Telefonnummer +46467 04 43 49 61	Uppdrag 6123555
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 5895-65988	Referensnummer 10200 : 08-01	Yrkat belopp 196403.12
--	--	----------------------------------

Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent (namn) Loni Stark	Personnummer 19411202-0211	Anställningsnummer 9
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum) 2019-08-01 till 2019-08-13	Karensdag (datum) 08-01	

Namn på vikarie under ord ass sjukfrånvaro	Har arbetat datum	Klockslag	Ant tim	Timlön
Nielsen Abc	2019-08-12	22.00 - 24.00	2.00	0
Nielsen Abc	2019-08-13	6.00 - 7.00	1.00	0
Nielsen Abc	2019-08-13	7.00 - 22.00	15.00	0
Nielsen Abc	2019-08-13	22.00 - 24.00	2.00	0

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.
- ☒ 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

Ordinarie personal : 2019-08-01 till 2019-08-13

	Timmar	Ord lön kr/tim	Sjuklön kr/tim	Summa
Sjuklön dag 2-14	87.93	144.91	115.93	10193.55
Semestersättn dag 2-14	87.93	17.39		1529.10
Semestersättn jour dag 2-14	4.00	17.39		69.56
Karensdag	6.07	17.39		105.56
Väntetid helg	1.00	10.00	8.00	8.00
Jour vardag	15.00	15.00	12.00	180.00
Pensionsförsäkring	8.77%			1059.92
Sociala avgifter	16.36%			1977.23
Summa				15122.92

Vikarie : Nielsen Abc

	Timmar	Vik lön kr/tim	Summa
Lön karensdag			
Semestersätt karensdag			
Lön dag 2-14	31.00	144.91	4492.21
Semestersättn dag 2-14	31.00	17.39	539.09
Semestersättn jour dag 2-14	3.75	17.39	65.21
Lön dag 15-180	0.00	0.00	0.00
Semestersättn dag 15-180	0.00	17.39	0.00
Lön dag 181-	0.00	0.00	0.00
OB kväll	0.00	0.00	0.00
OB natt	0.00	0.00	0.00
Jour/beredskap vardag	15.00	15.00	225.00
Väntetid helg	1.00	10.00	10.00
Pensionsförsäkring		8.77%	12286.58
Sociala avgifter		31.42%	44018.73
Summa			196403.12

Redovisade timmar till FK för utförd assistans under sjukperioden	Kr/tim 0	Timmar 110.00	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