

Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS

Den assistansberättigades namn Testina Svan	Personnummer 7204090117
Adress och postadress storgatan 22, 692 32, Kumla	Telefonnummer 01912345678
Ev e-post	

Legal företrädare/ombud namn	Telefonnummer	Uppdrag
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 789-65412	Referensnummer 33 : 11-01
--	------------------------------

Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent (namn) Gilad Nevo	Personnummer 4503053334	Anställningsnummer 20001
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum) 2014-11-01 till 2014-11-03	Karensdag (datum) 11-01	

Namn på vikarie under ord ass sjukfrånvaro	Har arbetat datum	Klockslag	Ant tim	Timlön
Roberth Test	2014-11-01	9.00 - 10.30	1.50	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

PAN (SKL)

Ordinarie personal : 2014-11-01 till 2014-11-30

	Timmar	Ord lön kr/tim	Sjuklön kr/tim	Summa
Sjuklön dag 2-14	4.00	36.12	28.90	115.58
Semestersättn dag 2-14	4.00	4.33		17.32
Karensdag	8.00			
Allhelgonadagen	4.00	2.00	1.60	6.40
Försäkring	12.00%			16.72
Sociala avgifter	15.49%			21.58
Summa				177.60

Vikarie : Roberth Test

	Timmar	Vik lön kr/tim	Summa
Lön karensdag - OB helg	1.50	0.00	0.00
Lön karensdag	1.50	36.12	54.18
Semestersätt karensdag	1.50	4.33	6.50
Lön dag 2-14	0.00	0.00	0.00
Semestersättn dag 2-14	0.00	4.33	0.00
Försäkring		12.00%	7.28
Sociala avgifter		31.42%	19.06
Summa			87.02

Redovisade timmar till FK för utförd assistans under sjukperioden	Kr/tim 0	Timmar 5.3	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