

## Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS

Den assistansberättigades namn Anne Stål	Personnummer 4609110046
Adress och postadress Mingata, 98655, Tullängen	Telefonnummer 01111
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 001 : 08-13
--	-------------------------------

### Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent (namn) Stina Fritz	Personnummer 6005081101	Anställningsnummer 4
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum) 2014-08-13 till 2014-08-13	Karensdag (datum) 08-13	

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

**KFO**

**Ordinarie personal : 2014-08-13 till 2014-08-31**

	Timmar	Ord lön kr/tim	Sjuklön kr/tim	Summa
Sjuklön dag 2-14	0.00	0	0	0.00
Semestersättn dag 2-14	0.00	0.00		0.00
Karensdag	8.00			
Försäkring	0%			0.00
Sociala avgifter	31.42%			0.00
Summa				<b>0.00</b>

**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			<b>0.00</b>

Redovisade timmar till FK för utförd assistans under sjukperioden	Kr/tim <b>0</b>	Timmar <b>9</b>	Summa <b>0.00</b>
---	--------------------	--------------------	----------------------

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

Datum

Underskrift av den assistansberättigade eller ombud och namnförtydligande