Tidsredovisning Assistansersättning

År och månad

2	0	2	0	_I —	1	1

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

1	Personen	som	har	nerson	lia	accietar	10
	reisonen	SUIII	Hai	Dersor	mu	assistai	13

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
Tina Bengtsson	19860531-4627

Du som är assistent fyller i tidsredovisningen på sidan 2. Sedan lämnar du den till din arbetsgivare. Du som är anordnare fyller sedan i punkt 3 - 6 på sidan 1.

2. Du som är assistent

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
Helen Bengtsson	19660310-4602

3. Omfattas assistenten av kollektivavtal?

☐ Ja Nej

4. Uppgifter om beräkningsperiod enligt arbetstidslagen eller kollektivavtal

Den arbetsgivarorganisation som anordnaren tillhör kan svara på frågor om beräkningsperioder. Försäkringskassan kan komma att kontrollera de uppgifter som du lämnar. Fyll i den eller de perioder som ingår i den här tidsredovisningen.

Från och med	till och med	Från och med	till och med	Från och med	till och med
2020-08-01	2020-11-30				
Från och med	till och med	Från och med	till och med	Från och med	till och med

5. Anordnaren av personlig assistans

Personen anlitar en assistans-anordnare	Namn på anordnaren	It assistenten (Fyll inte i något mer under den här punkten) Namn på anordnaren					
	VARBERGS FAMILJEAS Kontaktperson	769612-0109 Telefon					
	Carina Gustafsson o Birgi	034 037 00 9					
	Är anordnaren arbetsgivare för a	ssistenten?					
	Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som har en annan arbetsgivare	Namn på arbetsgivaren	Organisationsnummer				
	Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som är egenföretagare.						

6. Underskrift av dig som är anordnare eller själv har anställt assistenten

Jag intygar att uppgifterna i blanketten är riktiga.						
Datum	Namnteckning			Telefon		
2020-12-03 11.27	Gustafsson Carina	i				
		e-signering via Time2 Vi	iew	070 390 55 72		

Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid	Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid
03	09.00 - 10.30					_			
11	09.30 - 12.00	\boxtimes				_			
13	13.00 - 15.30	\boxtimes				-			
18	08.45 - 10.30					-			
27	10.00 - 16.00	\boxtimes				_			
28	10.00 - 24.00	\boxtimes				-			
29	00.00 - 06.30					-			
29	06.30 - 11.00	\boxtimes				_			
	-					-			
	-					-			
	-					_			
	-					_			
	-					_			
	-					_			
	-					_			
	-					-			
	_					_			
	_					_			
	_					_			
	-					_			

	Summa tid:	Aktiv tid		Väntetid		Beredskapstid	
$\mathbf{I}_{\pm i}$	iderna förs över till Räkning	Timmar	Minuter	Timmar	Minuter	Timmar	Minuter
	assistansersättning (3057)	39	15	0	00	0	00

8. Underskrift av dig som är assistent

Jag intygar att uppgifterna är riktiga.						
Datum	Namnteckning	Telefon				
2020-12-01 12.59	Helen Bengtsson	e-signering via Time2View	070 248 48 16			

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

www.forsakringskassan.se

Tidsredovisning Assistansersättning

År och månad

2	0	2	0	—	1	1

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

1.	. F	Personen	som har	personlia	assistans

1 5	
Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
Tina Bengtsson	19860531-4627

Du som är assistent fyller i tidsredovisningen på sidan 2. Sedan lämnar du den till din arbetsgivare. Du som är anordnare fyller sedan i punkt 3 - 6 på sidan 1.

2. Du som är assistent

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
Anna-Maria Bergmann	19840517-4726

3. Omfattas assistenten av kollektivavtal?

☐ Ja Nej

4. Uppgifter om beräkningsperiod enligt arbetstidslagen eller kollektivavtal

Den arbetsgivarorganisation som anordnaren tillhör kan svara på frågor om beräkningsperioder. Försäkringskassan kan komma att kontrollera de uppgifter som du lämnar. Fyll i den eller de perioder som ingår i den här tidsredovisningen.

Från och med	till och med	Från och med	till och med	Från och med	till och med
2020-08-01	2020-11-30				
Från och med	till och med	Från och med	till och med	Från och med	till och med

5. Anordnaren av personlig assistans

	Ilt assistenten (Fyll inte i något r Namn på anordnaren	Organisationsnummer	
Personen anlitar en assistans- anordnare	VARBERGS FAMILJEASSISTANS Kontaktperson		769612-0109 Telefon
anoranaro	Carina Gustafsson o Birgitta Wåhlander		034 037 00 9
	Är anordnaren arbetsgivare för a	ssistenten?	
	Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som har en annan arbetsgivare	Namn på arbetsgivaren	Organisationsnummer
	Nei anordnaren är uppd	dragsgivare åt assistenten som	är egenföretagare

6. Underskrift av dig som är anordnare eller själv har anställt assistenten

Jag intygar att uppgi	fterna i blanketten är riktiga.			
Datum	Namnteckning			Telefon
2020 12 02 11 27	Gustafsson Carina	i		
2020-12-03 11.27	Gustaisson Canna			
		e-signering via Time2	/iew	070 390 55 72

30590106

Bered-

Väntetid

Dag | Assistanstid

Aktiv tid

Dag	(klockslag)	ARTIV LIG	Vantetia	skapstid
01	10.00 - 24.00	\boxtimes		
02	00.00 - 06.30			
02	06.30 - 09.00	\boxtimes		
04	08.30 - 16.30	\boxtimes		
	-			
	-			
	-			
	_			
	-			
	-			
	-			
	-			
	-			
	-			
	-			
	-			
	_			
	-			
	-			
	-			

Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid
	-			
	_			
	_			
	_			
	-			
	-			
	_			
	_			
	_			
	_			
	_			
	_			
	_			
	-			
	_			
	-			
	_			
	_			
	_			

Summa tid:	Akti	v tid	Vän	tetid	Bereds	kapstid
Tiderna förs över till Räkning	Timmar	Minuter	Timmar	Minuter	Timmar	Minuter
assistansersättning (3057)	24	30	6	30	0	00

8. Underskrift av dig som är assistent

Jag intygar att uppgifterna är riktiga.			
Datum	Namnteckning		Telefon
2020-12-01 11.18	Anna-Maria Bergmann	e-signering via Time2View	070 555 02 34

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

Tidsredovisning Assistansersättning

År och månad

2	0	2	0	ı —	1	1

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

4	D		l		:	!-4	_
1.	Personen	som	nar	person	Hа	assistans	s

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
Tina Bengtsson	19860531-4627

Du som är assistent fyller i tidsredovisningen på sidan 2. Sedan lämnar du den till din arbetsgivare. Du som är anordnare fyller sedan i punkt 3 - 6 på sidan 1.

2. Du som är assistent

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
Elin Berntsson	19831015-3500

3. Omfattas assistenten av kollektivavtal?

☐ Ja Nej

4. Uppgifter om beräkningsperiod enligt arbetstidslagen eller kollektivavtal

Den arbetsgivarorganisation som anordnaren tillhör kan svara på frågor om beräkningsperioder. Försäkringskassan kan komma att kontrollera de uppgifter som du lämnar. Fyll i den eller de perioder som ingår i den här tidsredovisningen.

Från och med	till och med	Från och med	till och med	Från och med	till och med
2020-08-01	2020-11-30				
Från och med	till och med	Från och med	till och med	Från och med	till och med

5. Anordnaren av personlig assistans

Personen anlitar en assistans-anordnare	Namn på anordnaren	Namn på anordnaren					
	VARBERGS FAMILJEAS	SISTANS	769612-0109				
	Kontaktperson	Telefon					
	Carina Gustafsson o Birgi	034 037 00 9					
	Är anordnaren arbetsgivare för a						
	Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som har	Namn på arbetsgivaren	Organisationsnummer				

6. Underskrift av dig som är anordnare eller själv har anställt assistenten

Jag intygar att uppgifterna i blanketten är riktiga.								
Datum	Namnteckning			Telefon				
2020-12-03 11.27	Gustafsson Carina	i						
		e-signering via Time2 Vi	ew	070 390 55 72				

Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid	Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid
01	00.00 - 06.30	\boxtimes			16	00.00 - 06.30		\boxtimes	
01	06.30 - 10.30	\boxtimes			16	06.30 - 09.00	\boxtimes		
03	08.30 - 16.30	\boxtimes			18	08.30 - 16.30	\boxtimes		
04	16.00 - 24.00	\boxtimes				-			
05	00.00 - 06.30		\boxtimes			-			
05	06.30 - 09.00	\boxtimes				-			
06	08.30 - 16.30	\boxtimes				-			
07	10.00 - 24.00	\boxtimes				-			
08	00.00 - 06.30		\boxtimes			-			
08	06.30 - 10.30	\boxtimes				-			
09	16.00 - 24.00	\boxtimes				-			
10	00.00 - 06.30		\boxtimes			-			
10	06.30 - 09.00	\boxtimes				-			
11	15.00 - 24.00	\boxtimes				-			
12	00.00 - 06.30		\boxtimes			-			
12	06.30 - 10.00	\boxtimes				-			
13	16.00 - 24.00	\boxtimes				-			
14	00.00 - 06.30		\boxtimes			-			
14	06.30 - 10.30	\boxtimes				-			
15	10.00 - 24.00	\boxtimes				-			

Summa tid:	Aktiv tid		Väntetid		Beredskapstid	
Tiderna förs över till Räkning	Timmar	Minuter	Timmar	Minuter	Timmar	Minuter
assistansersättning (3057)	114	30	39	00	0	00

8. Underskrift av dig som är assistent

Jag intygar att uppgifterna är riktiga.							
Datum	Namnteckning		Telefon				
2020-12-01 06.53	Elin Berntsson	e-signering via Time2View	073 514 53 33				

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

Tidsredovisning Assistansersättning

År och månad

2	0	2	0	_	1	1

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

	_			_
1. Personen	som ha	ar persor	ılia ass	sistans

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
Tina Bengtsson	19860531-4627

Du som är assistent fyller i tidsredovisningen på sidan 2. Sedan lämnar du den till din arbetsgivare. Du som är anordnare fyller sedan i punkt 3 - 6 på sidan 1.

2. Du som är assistent

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
Victoria Gunnarsson	19740604-4664

3. Omfattas assistenten av kollektivavtal?

☐ Ja Nej

4. Uppgifter om beräkningsperiod enligt arbetstidslagen eller kollektivavtal

Den arbetsgivarorganisation som anordnaren tillhör kan svara på frågor om beräkningsperioder. Försäkringskassan kan komma att kontrollera de uppgifter som du lämnar. Fyll i den eller de perioder som ingår i den här tidsredovisningen.

Från och med	till och med	Från och med	till och med	Från och med	till och med
2020-08-01	2020-11-30				
Från och med	till och med	Från och med	till och med	Från och med	till och med

5. Anordnaren av personlig assistans

Jag har själv anstä	Ilt assistenten (Fyll inte i något i	mer under den här punkten)	Organisationany
Personen anlitar en assistans- anordnare	Namn på anordnaren VARBERGS FAMILJEAS Kontaktperson	SISTANS	Organisationsnummer 769612-0109 Telefon
anorunare	Carina Gustafsson o Birgi Är anordnaren arbetsgivare för a		034 037 00 9
	Ja	ssistenten ?	
	Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som har en annan arbetsgivare	Namn på arbetsgivaren	Organisationsnummer
	Nej, anordnaren är upp	dragsgivare åt assistenten som	är egenföretagare.

6. Underskrift av dig som är anordnare eller själv har anställt assistenten

Jag intygar att uppgifterna i blanketten är riktiga.					
Datum	Namnteckning			Telefon	
2020-12-14 15 20	Gustafsson Carina	i			
2020-12-14 13.20	Gustaisson Ganna				
		e-signering via Time2 Vi	iew	070 390 55 72	

Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid		Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid
02	16.00 - 24.00					30	16.00 - 24.00			
03	00.00 - 06.30						-			
03	06.30 - 09.00						-			
06	16.00 - 24.00						-			
07	00.00 - 06.30						-			
07	06.30 - 10.30	\boxtimes					-			
08	10.00 - 24.00	\boxtimes					-			
09	00.00 - 06.30						-			
09	06.30 - 09.00						-			
11	08.30 - 16.30	\boxtimes					-			
16	08.30 - 24.00	\boxtimes					-			
17	00.00 - 06.30						-			
17	06.30 - 09.00	\boxtimes					-			
19	08.30 - 16.30						-			
21	10.00 - 24.00	\boxtimes					-			
22	00.00 - 06.30		\boxtimes				-			
22	06.30 - 10.30	\boxtimes					-			
24	08.30 - 16.30	\boxtimes					-			
25	08.00 - 16.30	\boxtimes					-			
27	08.30 - 16.30	\boxtimes					-			

Summa tid:	Aktiv tid		Vän	tetid	Bereds	kapstid
Tiderna förs över till Räkning	Timmar	Minuter	Timmar	Minuter	Timmar	Minuter
assistansersättning (3057)	123	30	32	30	0	00

8. Underskrift av dig som är assistent

Jag intygar att uppgifterna är riktiga.				
Datum	Namnteckning		Telefon	
2020-12-14 15.01	Victoria Gunnarsson	e-signering via Time2View	073 021 77 97	

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

Tidsredovisning Assistansersättning

År och månad

2	0	2	0	ı —	1	1

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

1	Personen	som	har	narean	lia	accieta	ne
	rersonen	SOIII	nar	berson	ша	assisia	IIS

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
Tina Bengtsson	19860531-4627

Du som är assistent fyller i tidsredovisningen på sidan 2. Sedan lämnar du den till din arbetsgivare. Du som är anordnare fyller sedan i punkt 3 - 6 på sidan 1.

2. Du som är assistent

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
Helen Jörnås	19570907-4669

3. Omfattas assistenten av kollektivavtal?

☐ Ja Nej

4. Uppgifter om beräkningsperiod enligt arbetstidslagen eller kollektivavtal

Den arbetsgivarorganisation som anordnaren tillhör kan svara på frågor om beräkningsperioder. Försäkringskassan kan komma att kontrollera de uppgifter som du lämnar. Fyll i den eller de perioder som ingår i den här tidsredovisningen.

Från och med	till och med	Från och med	till och med	Från och med	till och med
2020-08-01	2020-11-30				
Från och med	till och med	Från och med	till och med	Från och med	till och med

5. Anordnaren av personlig assistans

Jag har själv anstäl	lt assistenten (Fyll inte i något r	mer under den här punkten)	
Personen anlitar	Namn på anordnaren		Organisationsnummer
en assistans-	VARBERGS FAMILJEAS	SISTANS	769612-0109
anordnare	Kontaktperson		Telefon
	Carina Gustafsson o Birgi	tta Wåhlander	034 037 00 9
	Är anordnaren arbetsgivare för a	ssistenten?	
	Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som har en annan arbetsgivare	Namn på arbetsgivaren	Organisationsnummer
	Nej, anordnaren är upp	dragsgivare åt assistenten som är ege	nföretagare.

6. Underskrift av dig som är anordnare eller själv har anställt assistenten

	<u> </u>			
Jag intygar att uppgi	fterna i blanketten är riktiga.			
Datum	Namnteckning			Telefon
2020-12-03 11.27	Gustafsson Carina	i		
		e-signering via Time2	/iew	070 390 55 72

Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid	Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid
02	08.30 - 16.30	\boxtimes				-			
05	16.00 - 24.00	\boxtimes				-			
06	00.00 - 06.30					-			
06	06.30 - 09.00	\boxtimes				_			
10	08.30 - 16.30	\boxtimes				-			
12	09.30 - 16.00					_			
12	16.00 - 24.00	\boxtimes				-			
13	00.00 - 06.30					_			
13	06.30 - 09.00	\boxtimes				_			
19	16.00 - 24.00					_			
20	00.00 - 06.30					_			
20	06.30 - 09.00	\boxtimes				-			
23	08.30 - 16.30	\boxtimes				-			
24	16.00 - 24.00	\boxtimes				-			
25	00.00 - 06.30					-			
25	06.30 - 10.30	\boxtimes				-			
26	08.30 - 16.00					_			
26	16.00 - 24.00					-			
27	00.00 - 06.30		\boxtimes			-			
27	06.30 - 09.00	\boxtimes				-			

Summa tid:	Aktiv tid		Väntetid		Beredskapstid	
Tiderna förs över till Räkning	Timmar	Minuter	Timmar	Minuter	Timmar	Minuter
assistansersättning (3057)	92	00	32	30	0	00

8. Underskrift av dig som är assistent

Jag intygar att uppgifterna är riktiga.				
Datum	Namnteckning		Telefon	
2020-11-30 10.31	Helen Jörnås	e-signering via Time2View	073 060 85 95	

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

Tidsredovisning Assistansersättning

År och månad

2	0	2	0	—	1	1

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

1	Personen	SOM	har	nersonlia	accietane

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
Tina Bengtsson	19860531-4627

Du som är assistent fyller i tidsredovisningen på sidan 2. Sedan lämnar du den till din arbetsgivare. Du som är anordnare fyller sedan i punkt 3 - 6 på sidan 1.

2. Du som är assistent

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
Annika Karlsson	19681021-4665

3. Omfattas assistenten av kollektivavtal?

☐ Ja Nej

4. Uppgifter om beräkningsperiod enligt arbetstidslagen eller kollektivavtal

Den arbetsgivarorganisation som anordnaren tillhör kan svara på frågor om beräkningsperioder. Försäkringskassan kan komma att kontrollera de uppgifter som du lämnar. Fyll i den eller de perioder som ingår i den här tidsredovisningen.

Från och med	till och med	Från och med	till och med	Från och med	till och med
2020-08-01	2020-11-30				
Från och med	till och med	Från och med	till och med	Från och med	till och med

5. Anordnaren av personlig assistans

	Ilt assistenten (Fyll inte i något r Namn på anordnaren	ner under den har punkten)	Organisationsnummer		
Personen anlitar en assistans- anordnare	VARBERGS FAMILJEAS Kontaktperson	769612-0109 Telefon			
anoranaro	Carina Gustafsson o Birgi		034 037 00 9		
	Är anordnaren arbetsgivare för a	ssistenten?			
	Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som har en annan arbetsgivare	Namn på arbetsgivaren	Organisationsnummer		
	Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som är egenföretagare.				

6. Underskrift av dig som är anordnare eller själv har anställt assistenten

	9				
Jag intygar att uppgifterna i blanketten är riktiga.					
Datum	Namnteckning		Telefon		
2020-12-03 11.27	Gustafsson Carina	i			
		e-signering via Time2 Vie	w 070 390 55 72		

Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid	Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid
09	08.30 - 16.30	\boxtimes			30	00.00 - 06.30		\boxtimes	
10	16.00 - 24.00	\boxtimes			30	06.30 - 09.00			
11	00.00 - 06.30					_			
11	06.30 - 09.00	\boxtimes				-			
13	08.30 - 16.30					-			
14	10.00 - 24.00	\boxtimes				_			
15	00.00 - 06.30		\boxtimes			-			
15	06.30 - 10.30					_			
17	08.30 - 16.30	\boxtimes				-			
18	16.00 - 24.00					_			
19	00.00 - 06.30					_			
19	06.30 - 09.00	\boxtimes				-			
20	08.30 - 16.30	\boxtimes				-			
23	16.00 - 24.00					-			
24	00.00 - 06.30		\boxtimes			-			
24	06.30 - 09.00	\boxtimes				-			
27	16.00 - 24.00					_			
28	00.00 - 06.30		\boxtimes			-			
28	06.30 - 10.30	\boxtimes				-			
29	10.00 - 24.00	\boxtimes				-			

Summa tid:	Aktiv tid		Vän	tetid	Bereds	kapstid
Tiderna förs över till Räkning	Timmar	Minuter	Timmar	Minuter	Timmar	Minuter
assistansersättning (3057)	110	00	39	00	0	00

8. Underskrift av dig som är assistent

Jag intygar att uppgifterna är riktiga.				
Datum	Namnteckning		Telefon	
2020-11-30 12.03	Annika Karlsson	e-signering via Time2View	073 108 03 97	

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

Tidsredovisning Assistansersättning

År och månad

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

1	Personen	com	har	norcor	alia	accietar	10
11.	Personen	som	nar	persor	ma	assistar	ıs

· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
Tina Bengtsson	19860531-4627

Du som är assistent fyller i tidsredovisningen på sidan 2. Sedan lämnar du den till din arbetsgivare. Du som är anordnare fyller sedan i punkt 3 - 6 på sidan 1.

2. Du som är assistent

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
Petronella Karlsson	19970513-8908

3. Omfattas assistenten av kollektivavtal?

or omnatiae a	out the state of t
Ja	Nej Nej

4. Uppgifter om beräkningsperiod enligt arbetstidslagen eller kollektivavtal

Den arbetsgivarorganisation som anordnaren tillhör kan svara på frågor om beräkningsperioder. Försäkringskassan kan komma att kontrollera de uppgifter som du lämnar. Fyll i den eller de perioder som ingår i den här tidsredovisningen.

Från och med	till och med	Från och med	till och med	Från och med	till och med
2020-08-01	2020-11-30				
Från och med	till och med	Från och med	till och med	Från och med	till och med

5. Anordnaren av personlig assistans

Jag har själv anställ	t assistenten (Fyll inte i något r	ner under den här punkten)	
Personen anlitar en assistans- anordnare	Namn på anordnaren VARBERGS FAMILJEAS Kontaktperson Carina Gustafsson o Birgi Är anordnaren arbetsgivare för a	tta Wåhlander	Organisationsnummer 769612-0109 Telefon 034 037 00 9
	Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som har en annan arbetsgivare Nej, anordnaren är uppd	Namn på arbetsgivaren dragsgivare åt assistenten som är ege	Organisationsnummer

6. Underskrift av dig som är anordnare eller siälv har anställt assistenten

	9,				
Jag intygar att uppgifterna i blanketten är riktiga.					
Datum	Namnteckning			Telefon	
2020-12-03 11.27	Gustafsson Carina	i			
		e-signering via Time2 Vi	iew	070 390 55 72	

Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid	Dag	Assistanstid (klockslag)	Aktiv tid	Väntetid	Bered- skapstid
03	16.00 - 24.00					_			
04	00.00 - 06.30		\boxtimes			_			
04	06.30 - 09.00					_			
05	08.30 - 16.30					_			
17	16.00 - 24.00	\boxtimes				-			
18	00.00 - 06.30					_			
18	06.30 - 09.00	\boxtimes				-			
20	16.00 - 24.00					_			
21	00.00 - 06.30					_			
21	06.30 - 10.30					_			
22	10.00 - 24.00					_			
23	00.00 - 06.30					-			
23	06.30 - 09.00					_			
25	16.00 - 24.00	\boxtimes				_			
26	00.00 - 06.30		\boxtimes			-			
26	06.30 - 09.00	\boxtimes				-			
30	08.30 - 16.30	\boxtimes				-			
	_					-			
	-					-			
	_					-			

Summa tid:	Aktiv tid		Vän	tetid	Bereds	kapstid
Tiderna förs över till Räkning	Timmar	Minuter	Timmar	Minuter	Timmar	Minuter
assistansersättning (3057)	76	00	32	30	0	00

8. Underskrift av dig som är assistent

Jag intygar att uppgifterna är riktiga.				
Datum	Namnteckning		Telefon	
2020-12-01 11.14	Petronella Karlsson	e-signering via Time2View	070 662 20 24	

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

0771-524 524

www.forsakringskassan.se

Räkning
Assistansersättning

Ar och månad

2 | 0 | 2 | 0 | - | 1 | 1

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

Förnamn och eftern	amn					Personnummer (12 siffror)
Tina Bengtsson						19860531-4627
2. Redovisning	av all utförd assis	tans under	månaden			
Aktiv tid	,	Väntetid, faktisl	ka timmar		Beredska	apstid, faktiska timmar
immar m	inuter t	timmar	minuter		timmar	minuter
579 4	5	182	00		0	00
3. Har assistan	s utförts i barnoms	sorg, skola	eller daglio	verksamhet		
Ja	⊠ Nej					
I. Har du vårda	ts på sjukhus den	här månad	en?			
Nej Nej						
	h med (år, månad, dag)	Klockslag	Т	ll och med (år, måna	ıd, dag)	Klockslag
Ja	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,					
	s i ett land utanför en förklaring till varför d					s? andlingar som styrker dina upp
0 F. II : 1. V	de les de la Verke en etak		4			
	du har köpt assist ående månads utbetalni					
Ja [—		or kvar	113 :		
	Nej, det finns		UI KVAI			
7. Underskrift						
Jag försäkrar på l	neder och samvete att	uppgifterna i	blanketten ä	riktiga och fullstä	ndiga.	
	rändras måste jag me t eller att inte meddela					att lämna felaktiga uppgifter, Iras.
Datum (år, månad,	dag) Namnted	ckning				Telefon, även riktnummer
2020-12-01						070-248 48 16
8. Fyll i här om	du som skrivit und	der är ställf	öreträdare			
		god ma	an	fängel	toro	
Jag är 🔃 vår	dnadshavare	∠ y god i i i	all	förval	llait	
Jag är vår Namnförtydligande	unadsnavare		all	lorval	liare	Personnummer (12 siffror)

Redovisning av kostnader

2020 - 11 19860531-4627

Du ska redovisa dina kostnader i följande situationer:

Om du själv har anställt dina assistenter ska du alltid redovisa dina kostnader för sådana assistenter. Detsamma gäller om du har beviljats assistansersättning med ett högre timbelopp eller har ansökt om högre timbelopp för tid före beslut och beslut ännu inte har fattats. Du ska även redovisa dina kostnader om du har eller kan ha rätt till utbetalning med ett skäligt belopp för assistans anlitad utanför EES.

Om du får ersättningen i förskott ska du redovisa i slutet av perioden. Om du får ersättningen i efterskott ska du redovisa varje månad.

9. Redovisa dina kostnader

Typ av kostnad	Kostnad per timme	Kostnad för perioden
Lön (utom OB-tillägg) och lönebikostnader	kronor	kronor
Lön i form av OB-tillägg	kronor	kronor
Assistansomkostnader	kronor	kronor
Utbildningskostnader	kronor	kronor
Arbetsmiljöinsatser och personalomkostnader	kronor	kronor
Administrationskostnader	kronor	kronor
Summa kostnad för assistansen:	kronor	kronor
Antal utförda timmar under perioden som kostnaden är beräknad på:	timmar	

10. Fyll i här om du får ersättning i förskott

10 a Uppgift or	m perioden	_		
Från och med (m	ånad)		ill och med (månad)	
10.b Finns det	pengar kvar som	du inte har använt f	ör att köpa personlig assi	istans?
Nej	Ja, det finns	kronor l	var	

När vi har fått din redovisning kommer vi att göra en slutavräkning. Det innebär att vi jämför den ersättning du har fått med den som du har redovisat. Om du inte har använt all ersättning till din personliga assistans under perioden så ska du betala tillbaka överskottet. Vi behöver veta hur du i så fall vill att det ska gå till.

∣0.c Hur vil	l du betala	tillbaka	eventuell	t för myc	ket utl	betald	ersättning
--------------	-------------	----------	-----------	-----------	---------	--------	------------

Jag vill att Försäkringskassan drar av eventuellt för mycket utbetald ersättning för den här perioden på kommande utbetalningar.
Jag vill att Försäkringskassan prövar om jag är återbetalningsskyldig om det har utbetalats för mycket ersättning för den här perioden.

30570204