

Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS

Den assistansberättigades namn Stina Librovich	Personnummer 19780912-1762
Adress och postadress , Gnesta	Telefonnummer
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 5895-65988	Referensnummer 1-10203 : 04-07	Yrkat belopp 195.03
---	-----------------------------------	------------------------

Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent (namn) Inga Chef	Personnummer 19831201-9626	Anställningsnummer 20030
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum) 2017-04-07 till 2017-04-07	Karensdag (datum) 04-07	

Namn på vikarie under ord ass sjukfrånvaro	Har arbetat datum	Klockslag	Ant tim	Timlön
Abc Nielsen	2017-04-07	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.
- ☐ Komplette ifyllt 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 : 2017-04-07 till 2017-04-30

	Timmar	Ord lön kr/tim	Sjuklön kr/tim	Summa
Sjuklön dag 2-14	0.00	0.00	0.00	0.00
Semestersättn dag 2-14	0.00	0.00		0.00
Karensdag	8.00	17.39		139.12
Försäkring	8.77%			12.20
Sociala avgifter	31.42%			43.71
Summa				195.03

Vikarie : Abc Nielsen

	Timmar	Vik lön kr/tim	Summa
Lön karensdag - Jour vardag	6.00	15.00	90.00
Lön dag 2-14	0.00	0.00	0.00
Semestersättn dag 2-14	0.00	17.39	0.00
Försäkring		8.77%	7.89
Sociala avgifter		16.36%	14.72
Summa			112.62

Redovisade timmar till FK för utförd assistans under sjukperioden	Kr/tim 0	Timmar 6.00	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