

2017 - 10

1. Personen som har personlig assistans

Förnamn och efternamn Adam Andersson	Personnummer (12 siffror) 19490110-2121
--	---

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 Abc Nielsen	Personnummer (12 siffror) 19144112-2338
---	---

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 2017-07-01	till och med 2017-12-31	Från och med	till och med	Från och med	till och med
Från och med	till och med	Från och med	till och med	Från och med	till och med

5. Anordnaren av personlig assistans

<input type="checkbox"/> Jag har själv anställt assistenten (Fyll inte i något mer under den här punkten)			
<input type="checkbox"/> Personen anlitar en assistans-anordnare	Namn på anordnaren		Organisationsnummer
	Kontaktperson		Telefon, även riktnummer
	Är anordnaren arbetsgivare för assistenten?		
	<input type="checkbox"/> Ja		
	<input type="checkbox"/> Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som har en annan arbetsgivare	Namn på arbetsgivaren	Organisationsnummer
<input type="checkbox"/> 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, även riktnummer

Blanketten ska skickas in varje månad i efterskott, senast den 10:e dagen i månaden, tillsammans med en kopia av tidsredovisningen för antal utförda timmar. Tidsredovisningen ska undertecknas av den enskilde/legala ställföreträdare samt assistenter eller assistans-anordnare. Uppgifterna utgör underlag för kommunens utbetalning. Inga fakturor tas emot.

År och månad

2017 - 10

Skicka blanketten till

Referens kod

1. Personuppgifter (Den assistansberättigade)

Förnamn och efternamn Adam Andersson	Personnummer (12siffror) 19490110-2121
--	--

2. Antal beviljade timmar assistans timmar

Antal beviljade timmar och minuter per vecka	Period för beslutet F.r.o.m – T.o.m
--	-------------------------------------

3. Redovisning av utförd assistans

Aktiv tid Timmar minuter	Väntetid, faktiska timmar Timmar minuter	Beredskapstid, faktiska timmar Timmar minuter
2 00	0 00	0 00
Jag skickar med (antal) 1 Tidsredovisning personlig assistans		

4. Har du vårdats på sjukhus den här månaden?

<input type="checkbox"/> Nej			
<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Första dagen på sjukhus den här månaden 2017-10-02 10.00	sista dagen på sjukhus den här månaden 2017-10-20 15.30	
Har du varit i kontakt med biståndshandläggare gällande personlig assistans under sjukhusvistelse?			
<input type="checkbox"/> JA <input checked="" type="checkbox"/> NEJ			
<input checked="" type="checkbox"/> Jag har fått personlig assistans under tiden jag vårdades på sjukhus. Timmarna ingår i redovisningen under punkt 2.	Aktiv tid Timmar minuter 0 00	Väntetid, faktiska timmar Timmar minuter 0 00	Beredskapstid, faktiska timmar Timmar minuter 0 00

5. Har du anlitat en assistent som är bosatt utanför EES - området? (LSS 9d§)

<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Bifoga en förklaring till varför du behövde anlita en assistent på plats. Skicka också in handlingar som styrker dina uppgifter		
F.r.o.m – T.o.m 2017-11-08 -- 2017-11-17	Aktiv tid Timmar minuter 12 30	Väntetid, faktiska timmar Timmar minuter 11 30	Beredskapstid, faktiska timmar Timmar minuter

6. Assistansanordnare – arbetsgivare för personlig assistans som utför beviljade assistans timmar

Bolags namn och organisations nummer CirrusTest	Telefon nummer 070-4434964
Mejladress support@time2view.se	Ersättningen betalas ut till kononummer inklusive clearingnummer 5895-65988

Tillstånd från inspektionen för vård och omsorg (IVO)

JA ☐NEJ ☐**7. Underskrift**

Vi har tagit del av kommunens rutin (Kontrollera med din kommun) och villkor för ersättning av personlig assistans enligt 9 § 2 LSS, vilka vi förbinder oss att följa. Vi försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga. När uppgifterna förändras måste vi meddela din kommun. Vi vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter, att utelämna något eller att inte meddela din kommun när uppgifterna vi lämnat förändras.

Datum	Namnteckning	Telefon, även riktnummer
		046-701 23 45 67

8. Fyll i här om du som skrivit under är ställföreträdare

Jag är	
<input type="checkbox"/> vårdnadshavare	<input checked="" type="checkbox"/> god man
<input type="checkbox"/> förvaltare	
Namnförtydligande	Personnummer (12 siffror)
God Man	