

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

1. Personen som har personlig assistans

Förnamn och efternamn Anne Stål	Personnummer (12 siffror) 19460911-0046
---	---

2. Du som är assistent

Förnamn och efternamn Lina Magnusson	Personnummer (12 siffror) 19920708-3305
Bostadsadress Simpbylevägen 10C	Postnummer och ort 76160 Norrtälje

3. Redovisning av utförd assistans

Skriv den faktiska tiden i timmar och hundradelar. Tid för personalmöten, utbildning med mera ska inte redovisas eftersom kostnaden för detta ingår i assistansersättningens timbelopp.	Omvandling från minuter till hundradelar 5 min = 0,08 25 min = 0,42 45 min = 0,75 10 min = 0,17 30 min = 0,5 50 min = 0,83 15 min = 0,25 35 min = 0,58 55 min = 0,92 20 min = 0,33 40 min = 0,66
---	--

30591103

F K 3059 (009 F 004) Fastställt av Försäkringskassan

Dag	Assistanstid (klockslag)	Tid	Väntetid	Bered- skapstid	Dag	Assistanstid (klockslag)	Tid	Väntetid	Bered- skapstid
31	19.00 – 24.00	5.00				–			
	–					–			
	–					–			
	–					–			
	–					–			
	–					–			
	–					–			
	–					–			
	–					–			
	–					–			
	–					–			
	–					–			
	–					–			
	–					–			
	–					–			
					Summa tid:				
					Tiderna förs över till Räkning assistansersättning (3057)		5.00	0.00	--

4. Underskrift av dig som är assistent

Jag intygar att uppgifterna är riktiga.		
Datum	Namnteckning	Telefon, även riktnummer

När du har skrivit under blanketten lämnar du den till din arbetsgivare.

Du som är anordnare och har avtal med personen som har personlig assistans ska skriva under uppgifterna i tidsredovisningen.

Om du som får personlig assistans själv är arbetsgivare till assistenten ska du skriva under uppgifterna i tidsredovisningen

5. Uppgifter om kollektivavtal

Assistenten omfattas av följande kollektivavtal (markera med kryss)	
<input type="checkbox"/> KFO	<input type="checkbox"/> KFS
<input type="checkbox"/> HÖK/AB (SKL)	<input type="checkbox"/> PAN (SKL)
<input type="checkbox"/> Vårdföretagarna, bransch G	
<input type="checkbox"/> Annat: _____	<input type="checkbox"/> Assistenten omfattas inte av något kollektivavtal

6. Uppgifter om den anordnare som har avtal med personen som får personlig assistans

Namn på anordnaren CirrusTest		Organisationsnummer 5568752325
Kontaktperson Gilad		Telefon, även riktnummer
<input type="checkbox"/> Vi är arbetsgivare för assistenten och har avtal med personen som får personlig assistans		
<input type="checkbox"/> Vi är uppdragsgivare åt assistenten som är anställd av en annan arbetsgivare	Arbetsgivarens namn	Organisationsnummer
<input type="checkbox"/> Vi har tillstånd från Socialstyrelsen eller Inspektionen för vård och omsorg (gäller inte kommunen)		
Datum	Namnteckning	Befattning

30591203

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

1. Personen som har personlig assistans

Förnamn och efternamn Anne Stål	Personnummer (12 siffror) 19460911-0046
---	---

2. Du som är assistent

Förnamn och efternamn Anette Rambring	Personnummer (12 siffror) 19630410-1766
Bostadsadress Rolsta 2	Postnummer och ort 18695 Vallentuna

3. Redovisning av utförd assistans

Skriv den faktiska tiden i timmar och hundradelar. Tid för personalmöten, utbildning med mera ska inte redovisas eftersom kostnaden för detta ingår i assistansersättningens timbelopp.	Omvandling från minuter till hundradelar 5 min = 0,08 25 min = 0,42 45 min = 0,75 10 min = 0,17 30 min = 0,5 50 min = 0,83 15 min = 0,25 35 min = 0,58 55 min = 0,92 20 min = 0,33 40 min = 0,66
---	--

Dag	Assistanstid (klockslag)	Tid	Väntetid	Beredskapstid	Dag	Assistanstid (klockslag)	Tid	Väntetid	Beredskapstid
30	0.00 – 1.00	1.00				–			
30	1.00 – 5.00		4.00			–			
30	5.00 – 8.00	3.00				–			
30	8.00 – 19.00	11.00				–			
	–					–			
	–					–			
	–					–			
	–					–			
	–					–			
	–					–			
	–					–			
	–					–			
	–					–			
	–					–			
	–					–			
	–					–			
					Summa tid:				
					Tiderna förs över till Räkning assistansersättning (3057)		15.00	4.00	--

4. Underskrift av dig som är assistent

Jag intygar att uppgifterna är riktiga.		
Datum	Namnteckning	Telefon, även riktnummer

När du har skrivit under blanketten lämnar du den till din arbetsgivare.

Du som är anordnare och har avtal med personen som har personlig assistans ska skriva under uppgifterna i tidsredovisningen.

Om du som får personlig assistans själv är arbetsgivare till assistenten ska du skriva under uppgifterna i tidsredovisningen

5. Uppgifter om kollektivavtal

Assistenten omfattas av följande kollektivavtal (markera med kryss)	
<input type="checkbox"/> KFO	<input type="checkbox"/> KFS
<input type="checkbox"/> HÖK/AB (SKL)	<input type="checkbox"/> PAN (SKL)
<input type="checkbox"/> Vårdföretagarna, bransch G	
<input type="checkbox"/> Annat: _____	<input type="checkbox"/> Assistenten omfattas inte av något kollektivavtal

6. Uppgifter om den anordnare som har avtal med personen som får personlig assistans

Namn på anordnaren CirrusTest		Organisationsnummer 5568752325
Kontaktperson Gilad		Telefon, även riktnummer
<input type="checkbox"/> Vi är arbetsgivare för assistenten och har avtal med personen som får personlig assistans		
<input type="checkbox"/> Vi är uppdragsgivare åt assistenten som är anställd av en annan arbetsgivare	Arbetsgivarens namn	Organisationsnummer
<input type="checkbox"/> Vi har tillstånd från Socialstyrelsen eller Inspektionen för vård och omsorg (gäller inte kommunen)		
Datum	Namnteckning	Befattning

30591203

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

1. Personen som har personlig assistans

Förnamn och efternamn Anne Stål	Personnummer (12 siffror) 19460911-0046
---	---

2. Du som är assistent

Förnamn och efternamn Loni Stark	Personnummer (12 siffror) 19411202-0211
Bostadsadress Klingspors väg 5B	Postnummer och ort 18642 Kypton

3. Redovisning av utförd assistans

Skriv den faktiska tiden i timmar och hundradelar. Tid för personalmöten, utbildning med mera ska inte redovisas eftersom kostnaden för detta ingår i assistansersättningens timbelopp.

Omvandling från minuter till hundradelar

5 min = 0,08	25 min = 0,42	45 min = 0,75
10 min = 0,17	30 min = 0,5	50 min = 0,83
15 min = 0,25	35 min = 0,58	55 min = 0,92
20 min = 0,33	40 min = 0,66	

Dag	Assistanstid (klockslag)	Tid	Väntetid	Bered- skapstid	Dag	Assistanstid (klockslag)	Tid	Väntetid	Bered- skapstid
24	22.00 – 24.00	2.00				–			
25	22.00 – 24.00	2.00				–			
26	22.00 – 24.00	2.00				–			
27	22.00 – 24.00	2.00				–			
28	22.00 – 24.00	2.00				–			
29	22.00 – 24.00	2.00				–			
30	22.00 – 24.00	2.00				–			
31	22.00 – 24.00	2.00				–			
	–					–			
	–					–			
	–					–			
	–					–			
	–					–			
	–					–			
	–					–			
	–					–			
					Summa tid:				
					Tiderna förs över till Räkning assistansersättning (3057)		16.00	0.00	--

4. Underskrift av dig som är assistent

Jag intygar att uppgifterna är riktiga.		
Datum	Namnteckning	Telefon, även riktnummer

När du har skrivit under blanketten lämnar du den till din arbetsgivare.

Du som är anordnare och har avtal med personen som har personlig assistans ska skriva under uppgifterna i tidsredovisningen.

Om du som får personlig assistans själv är arbetsgivare till assistenten ska du skriva under uppgifterna i tidsredovisningen

5. Uppgifter om kollektivavtal

Assistenten omfattas av följande kollektivavtal (markera med kryss)	
<input type="checkbox"/> KFO	<input type="checkbox"/> KFS
<input type="checkbox"/> HÖK/AB (SKL)	<input type="checkbox"/> PAN (SKL)
<input type="checkbox"/> Vårdföretagarna, bransch G	
<input type="checkbox"/> Annat: _____	<input type="checkbox"/> Assistenten omfattas inte av något kollektivavtal

6. Uppgifter om den anordnare som har avtal med personen som får personlig assistans

Namn på anordnaren CirrusTest		Organisationsnummer 5568752325
Kontaktperson Gilad		Telefon, även riktnummer
<input type="checkbox"/> Vi är arbetsgivare för assistenten och har avtal med personen som får personlig assistans		
<input type="checkbox"/> Vi är uppdragsgivare åt assistenten som är anställd av en annan arbetsgivare	Arbetsgivarens namn	Organisationsnummer
<input type="checkbox"/> Vi har tillstånd från Socialstyrelsen eller Inspektionen för vård och omsorg (gäller inte kommunen)		
Datum	Namnteckning	Befattning

30591203

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

Räkningen ska ha kommit in till Försäkringskassan senast den 5:e i andra månaden efter den månad som du ska redovisa. Det gäller även för dig som ännu inte fått något beslut om assistansersättning. Skicka in en eller flera blanketter *Tidsredovisning Assistansersättning* (3059) tillsammans med räkningen.

Sidan 3 ska du fylla i vid varje slutavräkning, det vill säga den sista månaden i varje period.

1. Du som har personlig assistans

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
Anne Stål	19460911-0046

2. Redovisning av utförd assistans

Tidsredovisning assistansersättning (3059)

Assistanstid, timmar	Väntetid, faktiska timmar*	Beredskapstid, faktiska timmar*	Total assistanstid (assistanstimmar + omräknad vänte- och beredskapstid)
36.00	4.00 Omräknad väntetid (1/4 av faktisk tid) + 1.00	0.00 Omräknad beredskapstid (1/7 av faktisk tid) + 0.00	= 37.00
antal	Jag skickar med 3 Tidsredovisning Assistansersättning (3059)		

* Väntetiden räknas om till assistanstid genom att antalet faktiska timmar delas med 4.

** Beredskapstiden räknas om till assistanstid genom att antalet faktiska timmar delas med 7

3. Hur är din assistans anordnad?

<input type="checkbox"/> Jag är arbetsgivare till mina assistenter	
<input type="checkbox"/> Jag anlitar en assistansanordnare som får pengarna direkt från Försäkringskassan	Organisationsnummer
<input type="checkbox"/> Jag får själv pengarna från Försäkringskassan och köper assistans av en assistansanordnare	
<input type="checkbox"/> Jag har vistats i ett land utanför EES-området och varit tvungen att anlita en assistent på plats	Under punkt 5 Övriga upplysningar kan du förklara varför du var tvungen att anlita en assistent.

4. Har du vårdats på sjukhus eller liknande under den här månaden?

<input checked="" type="checkbox"/> Nej			
<input type="checkbox"/> Ja	Vårdperiodens första dag	Vårdperiodens sista dag	Sjukhus
<input type="checkbox"/> Jag har fått personlig assistans under tiden jag vårdades på sjukhus. Timmarna ingår i redovisningen.			antal timmar
Under punkt 5 Övriga upplysningar kan du skriva varför du behövde personlig assistans när du vårdades på sjukhus.			

5. Övriga upplysningar

	<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga
--	--

6. Underskrift

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga. När uppgifterna förändras måste jag meddela Försäkringskassan. Jag vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter, att utelämna något eller att inte meddela Försäkringskassan när uppgifterna jag lämnat förändras.		
Datum	Namnteckning	Telefon, även riktnummer
Jag är <input type="checkbox"/> vårdnadshavare <input type="checkbox"/> god man <input type="checkbox"/> förvaltare		

7. Uppgifter om vårdnadshavare, god man eller förvaltare

Om du som undertecknat ansökan är vårdnadshavare, god man eller förvaltare vill vi ha uppgifter om dig.

Namn	Telefon, även riktnummer

Uppgifterna hanteras i Försäkringskassans datasystem. Läs mer i broschyren "Försäkringskassans personregister".

Redovisning vid slutavräkning

Den här sidan ska fyllas i vid varje slutavräkning, det vill säga den sista månaden i varje period.

8. Hur har din assistans varit anordnad under perioden?

<input type="checkbox"/> Jag har bara anlitat den assistansanordnare som får pengarna direkt från Försäkringskassan	Organisationsnummer	Om du är beviljad ett högre timbelopp ska du redovisa dina kostnader under punkt 9 .
Finns det pengar kvar som du inte har använt för att köpa personlig assistans? <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, det finns _____ kronor kvar		
<input type="checkbox"/> Jag är arbetsgivare till mina assistenter	Redovisa dina kostnader under punkt 9	
<input type="checkbox"/> Jag får själv pengarna från Försäkringskassan och har köpt assistans av assistansanordnare	Om du är beviljad ett högre timbelopp ska du redovisa dina kostnader under punkt 9 .	
Namn på assistansanordnaren	Organisationsnummer	
Namn på assistansanordnaren	Organisationsnummer	
Namn på assistansanordnaren	Organisationsnummer	
<input type="checkbox"/> Jag bifogar kvitton eller fakturor som styrker mina köp av assistans		
Finns det pengar kvar som du inte har använt för att köpa personlig assistans? <input checked="" type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, det finns _____ kronor kvar		
<input type="checkbox"/> Jag har vistats i ett land utanför EES-området och varit tvungen att anlita assistent på plats.	Redovisa dina kostnader under punkt 9	

9. Redovisning av kostnader

Från och med (månad och år) 2013-12-01	Till och med (månad och år) 2013-12-31	<p>Lön och lönebikostnader är till exempel grundlön, lagstadgade sociala avgifter och OB-tillägg. OB-tillägg specificeras på en egen rad.</p> <p>Assistansomkostnader är till exempel arbetskläder, inträdesavgifter och liknande för assistenten.</p> <p>Utbildningskostnader är till exempel kostnader för utbildning, fortbildning och handledning av personal.</p> <p>Arbetsmiljöinsatser är kostnader för att stärka en god arbetsmiljö för assistenterna.</p> <p>Personalomkostnader är till exempel företagshälsovård, friskvård och personalengagemang.</p> <p>Administrationskostnader är till exempel kostnader för inventarier och reseersättning.</p>
Försäkringskassan kommer att dra av det belopp som du inte använt från din kommande utbetalning.		

Typ av kostnad	Kostnad per timme	Kostnad för perioden
Lön (utom OB-tillägg) och lönebikostnader	0,00	0,00
Lön i form av OB-tillägg	0,00	0,00
Assistansomkostnader	0,00	0,00
Utbildningskostnader	0,00	0,00
Arbetsmiljöinsatser och personalomkostnader	0,00	0,00
Administrationskostnader	0,00	0,00
Summa kostnad för assistansen:	0,00	0,00
Antal utförda timmar under perioden som kostnaden är beräknad på*:	40	

* Beräkna kostnaden på de använda timmarna men inte på fler än det antal timmar som beviljats.