

Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS

Den assistansberättigades namn Henke Larsson	Personnummer 19790717-9191
Adress och postadress Klostervägen 3, 432 35, Varberg	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 1-1-10207 : 10-08	Yrkat belopp 87.04
---	-------------------------------------	-----------------------

Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent (namn) Janne Tandodall	Personnummer 19400820-9415	Anställningsnummer 510
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum) 2018-10-08 till 2018-10-08	Karensdag (datum) 10-08	

Namn på vikarie under ord ass sjukfrånvaro	Har arbetat datum	Klockslag	Ant tim	Timlön

Bifogas

- ☐ Sjukfrånvaroanmälan 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

Ordinarie personal : 2018-10-08 till 2018-10-31

	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	4.00	17.39		69.56
Pensionsförsäkring	8.77%			6.10
Sociala avgifter	16.36%			11.38
Summa				87.04

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
Pensionsförsäkring		0%	0.00
Sociala avgifter		0%	0.00
Summa			0.00

Redovisade timmar till FK för utförd assistans under sjukperioden	Kr/tim 0	Timmar 4.00	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