

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

1. Personen som har personlig assistans

| | |
|--|---|
| Förnamn och efternamn Testina Svan | Personnummer (12 siffror) 19720409-0117 |
|--|---|

2. Du som är assistent

| | |
|--|---|
| Förnamn och efternamn Gilad Nevo | Personnummer (12 siffror) 19450305-3334 |
| Bostadsadress Eriksbergsv. 10 | Postnummer och ort 69232 Kumla |

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 |
|---|--|

30591 103

F K 3059 (009 F 004) Fastställt av Försäkringskassan

| Dag | Assistanstid (klockslag) | Tid | Väntetid | Bered- skapstid | Dag | Assistanstid (klockslag) | Tid | Väntetid | Bered- skapstid |
|-----|-----------------------------|------|----------|--------------------|---|-----------------------------|-------------|-----------|--------------------|
| 16 | 9.30 – 19.00 | 9.50 | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | | | | | Summa tid: | | | | |
| | | | | | Tiderna förs över till Räkning assistansersättning (3057) | | | | |
| | | | | | 9.50 | | 0.00 | -- | |

4. Underskrift av dig som är assistent

| | | |
|---|--|--------------------------|
| Jag intygar att uppgifterna är riktiga. | | |
| Datum | Namnteckning | Telefon, även riktnummer |
| 2013-08-09, kl. 06.35 | <i>Gilad Nevo</i> <small>e-signering via Time2View</small> | 0704434964 |

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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Vi har tillstånd från Socialstyrelsen eller Inspektionen för vård och omsorg (gäller inte kommunen) | | |
| Datum 2013-08-09 08.38 | Namnteckning Nevo Gilad | Befattning Administratör |

30591203

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

1. Personen som har personlig assistans

| | |
|--|---|
| Förnamn och efternamn Testina Svan | Personnummer (12 siffror) 19720409-0117 |
|--|---|

2. Du som är assistent

| | |
|--|---|
| Förnamn och efternamn Janne Tandodal | Personnummer (12 siffror) 19400820-9415 |
| Bostadsadress Hantverkargatan 24 | Postnummer och ort 859 65 Boliden |

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 |
|-----|-----------------------------|------|----------|--------------------|--|-----------------------------|--------------|-------------|--------------------|
| 07 | 7.15 – 8.45 | 1.50 | | | | – | | | |
| 16 | 7.15 – 8.45 | 1.50 | | | | – | | | |
| 16 | 9.30 – 19.00 | 9.50 | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | | | | | Summa tid: | | | | |
| | | | | | Tiderna förs över till Räkning assistansersättning (3057) | | 12.50 | 0.00 | -- |

30591103

F K 3059 (009 F 004) Fastställt av Försäkringskassan

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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Vi har tillstånd från Socialstyrelsen eller Inspektionen för vård och omsorg (gäller inte kommunen) | | |
| Datum 2013-08-09 08.38 | Namnteckning Nevo Gilad | Befattning Administratör |

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) |
| Testina Svan | 19720409-0117 |

2. Redovisning av utförd assistans

Tidsredovisning assistansersättning (3059)

| Assistanstid, timmar | Väntetid, faktiska timmar* | Beredskapstid, faktiska timmar* | Total assistanstid (assistanstimmar + omräknad vänte- och beredskapstid) |
|---|--|---|---|
| 22.00 | 0.00 | 0.00 | |
| | Omräknad väntetid (1/4 av faktisk tid) | Omräknad beredskapstid (1/7 av faktisk tid) | |
| | + 0.00 | + 0.00 | = 22.00 |
| Jag skickar med 2 antal 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) 2013-01-01 | Till och med (månad och år) 2013-01-31 | Lön och lönebikostnader är till exempel grundlön, lagstadgade sociala avgifter och OB-tillägg. OB-tillägg specificeras på en egen rad. Assistansomkostnader är till exempel arbetskläder, inträdesavgifter och liknande för assistenten. Utbildningskostnader är till exempel kostnader för utbildning, fortbildning och handledning av personal. Arbetsmiljöinsatser är kostnader för att stärka en god arbetsmiljö för assistenterna. Personalomkostnader är till exempel företagshälsovård, friskvård och personalengagemang. Administrationskostnader är till exempel kostnader för inventarier och reseersättning. |
| 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 | 0 |
| Antal utförda timmar under perioden som kostnaden är beräknad på*: | 22.00 | |

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