

## Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS

Den assistansberättigades namn Stig Björk	Personnummer 19350312-0051
Adress och postadress Storgatan 12, 692 32, Kumla	Telefonnummer
Ev e-post shamsu@arioninfotech.com	

Legal företrädare/ombud namn Nevo Gilad	Telefonnummer +46467 04 43 49 61	Uppdrag 6123555
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 10200 : 08-07	Yrkat belopp 893.87
---	---------------------------------	------------------------

### Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent (namn) Theodor Nevo	Personnummer 19891101-5652	Anställningsnummer 20027
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum) 2018-08-07 till 2018-08-08	Karensdag (datum) 08-07	

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

### 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.
- ☒ Kompletta 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 : 2018-08-07 till 2018-08-31

	Timmar	Ord lön kr/tim	Sjuklön kr/tim	Summa
Sjuklön dag 2-14	4.00	144.91	115.93	463.71
Semestersättn dag 2-14	4.00	17.39		69.56
Karensdag	6.00	17.39		104.34
Pensionsförsäkring	8.77%			55.92
Sociala avgifter	31.42%			200.34
Summa				893.87

### 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 10.00	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