

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

Den assistansberättigades namn	Personnummer
Adress och postadress	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	E-post utförare	

Ersättning utbetalas till konto	Referensnummer
---------------------------------	----------------

**Styrkande av uppkommen merkostnad**

Ordinarie personlig assistent (namn)	Personnummer	Anställningsnummer
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum)	Karensdag (datum)	

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

**Bifogas**

- ☐ Sjukfrånvar oanmälan 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

	Timmar	Ord lön kr/tim	Sjuklön kr/tim	Summa
Sjuklön dag 2-14				
Semesterersättn dag 2-14				
Karensdag				
Semersättn under karensdag				
OB Kväll vid sjukdom				
OB Natt vid sjukdom				
OB Helg vid sjukdom				
OB Storhelg vid sjukdom				
Jour/beredskap vardag sjukdom				
Jour/beredskap helg sjukdom				
Försäkring				
Sociala avgifter				
Summa				

### Vikarie

	Timmar	Vik lön kr/tim	Summa
Lön karensdag			
Semersättning karensdag			
Lön dag 2-14			
Semesterersättn dag 2-14			
OB Kväll			
OB Natt			
OB Helg			
OB Storhelg			
Jour/Beredskap vardag			
Jour/Beredskap helg			
Försäkring			
Sociala avgifter			
Summa			

Redovisade timmar till FK för utförd assistans under sjukperioden	Kr/tim	Timmar	Summa
---	--------	--------	-------

Att ovanstående uppgifter är riktiga intygas härmed samt att jag godkänner registrering av personuppgifter:

Datum	Underskrift av den assistansberättigade eller ombud och namnförtydligande
-------	---

Ansökan skickas till: Behovsbedömare LSS, Borlänge kommun, 781 81 BORLÄNGE