

Sidan 1: För dig som är assistent

1. Personen som har personlig assistans

| | |
|-----------------------|---------------------------|
| Förnamn och efternamn | Personnummer (12 siffror) |
| Adam Andersson | 19490110-2121 |

2. Du som är assistent

| | |
|-----------------------|---------------------------|
| Förnamn och efternamn | Personnummer (12 siffror) |
| Theodor Nevo | 19891101-5652 |
| Bostadsadress | Postnummer och ort |
| erikson | 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 = 0,67 | |

| Dag | Assistanstid (klockslag) | Tid | Väntetid | Beredskapstid | Dag | Assistanstid (klockslag) | Tid | Väntetid | Beredskapstid |
|-----|--------------------------|-------|----------|---------------|------------|--------------------------|-------|----------|---------------|
| 01 | 06,30 – 12,20 | 05,83 | | | | – | | | |
| 02 | 06,30 – 12,20 | 05,83 | | | | – | | | |
| 03 | 06,30 – 12,20 | 05,83 | | | | – | | | |
| 04 | 06,30 – 12,20 | 05,83 | | | | – | | | |
| 05 | 06,30 – 12,20 | 05,83 | | | | – | | | |
| 06 | 06,30 – 07,00 | | 00,50 | | | – | | | |
| 06 | 07,00 – 12,20 | 05,33 | | | | – | | | |
| 07 | 06,30 – 12,20 | 05,83 | | | | – | | | |
| 08 | 06,30 – 12,20 | 05,83 | | | | – | | | |
| 09 | 06,30 – 12,20 | 05,83 | | | | – | | | |
| 10 | 06,30 – 12,20 | 05,83 | | | | – | | | |
| 11 | 06,30 – 12,20 | 05,83 | | | | – | | | |
| 12 | 06,30 – 12,20 | 05,83 | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | – | | | | | – | | | |
| | | | | | Summa tid: | | 69,46 | 00,50 | 00,00 |

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.

Sidan 2: För dig som är anordnare eller själv anställer dina assistenter

Här lämnar du uppgifter om kollektivavtal, assistentens arbetstid, om anordnaren och om assistenten har en annan arbetsgivare. Sedan skriver du under, vilket innebär att du intygar att alla uppgifter i blanketten är riktiga.

Du som själv anställer dina assistenter behöver inte fylla i punkt 7.

5. Omfattas assistenten av kollektivavtal?

| | |
|--|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
|--|------------------------------|

6. Uppgifter om beräkningsperiod

Den arbetsgivarorganisation som anordnaren tillhör kan svara på frågor om beräkningsperioder enligt arbetstidslagen, kollektivavtal eller lagen om arbetstid i husligt arbete. Om den månad som redovisas på sidan 1 ingår i flera beräkningsperioder fyller du i arbetstiden för varje period. Försäkringskassan kan komma att kontrollera de uppgifter som du lämnar.

| | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| Från och med 2017-07-01 | till och med 2017-12-31 | Assistentens sammanlagda arbetstid hittills under beräkningsperioden 221,54 |
| Från och med | till och med | Assistentens sammanlagda arbetstid hittills under beräkningsperioden |

7. Uppgifter om anordnaren

| | | |
|--|--|--|
| Namn på anordnaren CirrusTest | | Organisationsnummer 556875-2325 |
| Kontaktperson Gilad | | Telefon, även riktnummer 098 957 57 71 7 |
| Är ni arbetsgivare för assistenten? | | |
| <input type="checkbox"/> Ja | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Nej, vi är uppdragsgivare åt assistenten som har en annan arbetsgivare | Arbetsgivarens namn CirrusTest | Organisationsnummer 5568752325 |

8. Underskrift av anordnare eller egen arbetsgivare

| | | |
|--|--------------|--------------------------|
| Jag intygar att uppgifterna i blanketten är riktiga. | | |
| Datum | Namnteckning | Telefon, även riktnummer |

Blanketten ska skickas in varje månad i efterskott, senast den 10:e dagen i månaden, tillsammans med en kopia av tidsredovisningen för antal utförda timmar. Tidsredovisningen ska undertecknas av den enskilde/legal ställföreträdare samt assistenter eller assistans - anordnare. Uppgifterna utgör underlag för kommunens utbetalning. Inga fakturor tas emot.

År och månad

2017 - 11

Skicka blanketten till

Referens kod

1. Personuppgifter (Den assistansberättigade)

| | |
|--|--|
| Förnamn och efternamn Adam Andersson | Personnummer (12siffror) 19490110-2121 |
|--|--|

2. Antal beviljade timmar assistans timmar

| | |
|--|-------------------------------------|
| Antal beviljade timmar och minuter per vecka | Period för beslutet F.r.o.m – T.o.m |
|--|-------------------------------------|

3. Redovisning av utförd assistans

| Aktiv tid | Väntetid, faktiska timmar | Beredskapstid, faktiska timmar |
|----------------|---------------------------|--------------------------------|
| Timmar minuter | Timmar minuter | Timmar minuter |
| 69 28 | 0 30 | 0 00 |

Jag skickar med (antal) **1** Tidsredovisning personlig assistans

4. Har du vårdats på sjukhus den här månaden?

| | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nej | | | |
| <input type="checkbox"/> Ja | Första dagen på sjukhus den här månaden | sista dagen på sjukhus den här månaden | |
| Har du varit i kontakt med biståndshandläggare gällande personlig assistans under sjukhusvistelse? | | | |
| <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ | | | |
| <input type="checkbox"/> Jag har fått personlig assistans under tiden jag vårdades på sjukhus. Timmarna ingår i redovisningen under punkt 2. | Aktiv tid Timmar minuter | Väntetid, faktiska timmar Timmar minuter | Beredskapstid, faktiska timmar Timmar minuter |

5. Har du anlitat en assistent som är bosatt utanför EES - området? (LSS 9d§)

| | | | |
|-----------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ja | Bifoga en förklaring till varför du behövde anlita en assistent på plats. Skicka också in handlingar som styrker dina uppgifter | | |
| F.r.o.m – T.o.m | Aktiv tid Timmar minuter | Väntetid, faktiska timmar Timmar minuter | Beredskapstid, faktiska timmar Timmar minuter |

6. Assistansanordnare – arbetsgivare för personlig assistans som utför beviljade assistans timmar

| | | |
|---|--|--------------------------------------|
| Bolags namn och organisations nummer CirrusTest | 556875-2325 | Telefon nummer 070-4434964 |
| Mejladress support@time2view.se | Ersättningen betalas ut till kononummer inklusive clearingnummer | 5895-65988 |

Tillstånd från inspektionen för vård och omsorg (IVO)

JA ☐NEJ ☐**7. Underskrift**

Vi har tagit del av kommunens rutin (Kontrollera med din kommun) och villkor för ersättning av personlig assistans enligt 9 § 2 LSS, vilka vi förbinder oss att följa. Vi försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga. När uppgifterna förändras måste vi meddela din kommun. Vi vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter, att utelämna något eller att inte meddela din kommun när uppgifterna vi lämnat förändras.

| | | |
|-------|--------------|--------------------------|
| Datum | Namnteckning | Telefon, även riktnummer |
| | | |

8. Fyll i här om du som skrivit under är ställföreträdare

Jag är

☐

vårdnadshavare

☐

god man

☐

förvaltare

Namnförtydligande

Personnummer (12 siffror)