

Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS

Den assistansberättigades namn My Gustafsson	Personnummer 19880724-4606
Adress och postadress Skånegatan 408, 432 39, VARBERG	Telefonnummer
Ev e-post mysan16@hotmail.com	

Legal företrädare/ombud namn	Telefonnummer	Uppdrag
Adress och postadress		Fullmakt <input type="checkbox"/> Bifogas <input type="checkbox"/> Tidigare insänt
Kontaktperson hos utförare VARBERGS FAMILJEASSISTANS	E-post utförare varbergsfamiljeassistans@gmail.com	

Ersättning utbetalas till konto 5309-2961	Referensnummer 1 : 05-11	Yrkat belopp 513.98
---	------------------------------------	-------------------------------

Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent (namn) Sara Andersson	Personnummer 19970709-8167	Anställningsnummer 1-4
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum) 2019-05-11 till 2019-05-11	Karensdag (datum) 05-11	

Namn på vikarie under ord ass sjukfrånvaro	Har arbetat datum	Klockslag	Ant tim	Timlön
Carina Gustafsson	2019-05-11	11.00 - 22.00	11.00	0

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 : 2019-05-11 till 2019-05-11

	Timmar	Ord lön kr/tim	Sjuklön kr/tim	Summa
Sjuklön dag 2-14	8.73	0.00	0.00	0.00
Semestersättn dag 2-14	8.73	0.00		0.00
Karensdag	2.27			
OB Helg	8.73	56.00	44.80	391.10
Pensionsförsäkring	0.00%			0.00
Sociala avgifter	31.42%			122.88
Summa				513.98

Vikarie : Carina Gustafsson

	Timmar	Vik lön kr/tim	Summa
Lön karensdag	2.27	0.00	0.00
Semestersätt karensdag	2.27	0.00	0.00
Lön dag 2-14	8.73	0.00	0.00
Semestersättn dag 2-14	8.73	0.00	0.00
Pensionsförsäkring		0.00%	0.00
Sociala avgifter		31.42%	0.00
Summa			0.00

Redovisade timmar till FK för utförd assistans under sjukperioden	Kr/tim 299.8	Timmar 11.00	Summa 3297.80
---	-----------------	-----------------	------------------

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

Datum

Underskrift av den assistansberättigade eller ombud och namnförtydligande

Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS

Den assistansberättigades namn My Gustafsson	Personnummer 19880724-4606
Adress och postadress Skånegatan 408, 432 39, VARBERG	Telefonnummer
Ev e-post mysan16@hotmail.com	

Legal företrädare/ombud namn	Telefonnummer	Uppdrag
Adress och postadress		Fullmakt <input type="checkbox"/> Bifogas <input type="checkbox"/> Tidigare insänt
Kontaktperson hos utförare VARBERGS FAMILJEASSISTANS	E-post utförare varbergsfamiljeassistans@gmail.com	

Ersättning utbetalas till konto 5309-2961	Referensnummer 1 : 05-31	Yrkat belopp 0.00
---	------------------------------------	-----------------------------

Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent (namn) Sara Andersson	Personnummer 19970709-8167	Anställningsnummer 1-4
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum) 2019-05-31 till 2019-05-31	Karensdag (datum) 05-31	

Namn på vikarie under ord ass sjukfrånvaro	Har arbetat datum	Klockslag	Ant tim	Timlön
Kalina Hajnold	2019-05-31	21.30 - 24.00	2.50	0

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.
- ☐ 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 : 2019-05-31 till 2019-05-31

	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	2.50			
Pensionsförsäkring	0.00%			0.00
Sociala avgifter	31.42%			0.00
Summa				0.00

Vikarie : Kalina Hajnold

	Timmar	Vik lön kr/tim	Summa
Lön karensdag - OB Helg	0.50	56.00	28.00
Lön karensdag - OB Helg Natt	2.00	65.00	130.00
Lön karensdag	2.50	0.00	0.00
Semestersätt karensdag	2.50	0.00	0.00
Lön dag 2-14	0.00	0.00	0.00
Semestersättn dag 2-14	0.00	0.00	0.00
Pensionsförsäkring		0.00%	0.00
Sociala avgifter		31.42%	49.64
Summa			207.64

Redovisade timmar till FK för utförd assistans under sjukperioden	Kr/tim 299.8	Timmar 2.50	Summa 749.50
---	-----------------	----------------	-----------------

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

Datum

Underskrift av den assistansberättigade eller ombud och namnförtydligande