

Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS

Den assistansberättigades namn Adam Andersson	Personnummer 4901102121
Adress och postadress Allmoge, 121221, GtB	Telefonnummer 031111111
Ev e-post adam@a.com	

Legal företrädare/ombud namn E1 T1	Telefonnummer	Uppdrag
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 789-65412	Referensnummer 1-10201 : 03-04
--	-----------------------------------

Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent (namn) Joel Solén	Personnummer 2105051300	Anställningsnummer 20023
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum) 2014-03-04 till 2014-03-16	Karensdag (datum) 03-04	

Namn på vikarie under ord ass sjukfrånvaro	Har arbetat datum	Klockslag	Ant tim	Timlön
Wilander Sture	2014-03-04	6.00 - 8.30	2.50	0
Wilander Sture	2014-03-04	8.30 - 18.00	9.50	0
Wilander Sture	2014-03-06	8.30 - 18.00	9.50	0
Wilander Sture	2014-03-07	6.00 - 8.30	2.50	0
Wilander Sture	2014-03-07	8.30 - 18.00	9.50	0
Wilander Sture	2014-03-08	6.00 - 8.30	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 ifyllt sammanställning som visar att faktisk merkostnad finns. (Styrkande av merkostnadens storlek, sid 2.)

Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS

Den assistansberättigades namn Adam Andersson	Personnummer 4901102121
Adress och postadress Allmoge, 121221, GtB	Telefonnummer 031111111
Ev e-post adam@a.com	

Legal företrädare/ombud namn E1 T1	Telefonnummer	Uppdrag
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 789-65412	Referensnummer 1-10201 : 03-04
--	-----------------------------------

Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent (namn) Joel Solén	Personnummer 2105051300	Anställningsnummer 20023
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum) 2014-03-04 till 2014-03-16	Karensdag (datum) 03-04	

Namn på vikarie under ord ass sjukfrånvaro	Har arbetat datum	Klockslag	Ant tim	Timlön
Wilander Sture	2014-03-09	6.00 - 8.30	2.50	0
Wilander Sture	2014-03-09	8.30 - 18.00	9.50	0
Wilander Sture	2014-03-11	8.30 - 18.00	9.50	0
Wilander Sture	2014-03-13	8.30 - 18.00	9.50	0
Wilander Sture	2014-03-14	8.30 - 18.00	9.50	0
Wilander Sture	2014-03-16	8.30 - 18.00	9.50	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.
- ☐ 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 : 2014-03-04 till 2014-03-31

	Timmar	Ord lön kr/tim	Sjuklön kr/tim	Summa
Sjuklön dag 2-14	78.00	0	0	0.00
Semestersättn dag 2-14	78.00	0		0.00
Karensdag	8.00			
OB helg	24.00	0	0	0.00
Jour vardag				
Jour helg				
Försäkring	8%			0.00
Sociala avgifter	15.49%			0.00
Summa				0.00

Vikarie : Wilander Sture

	Timmar	Vik lön kr/tim	Summa
Lön karensdag	8.00	0	0.00
Semestersätt karensdag	8.00	0	0.00
Lön dag 2-14	78.00	0	0.00
Semestersättn dag 2-14	78.00	0	0.00
OB helg	24.00	0	0.00
Jour/beredskap vardag			
Jour/beredskap helg			
Försäkring		0%	0.00
Sociala avgifter		31.42%	0.00
Summa			0.00

Redovisade timmar till FK för utförd assistans under sjukperioden	Kr/tim 290	Timmar 86	Summa 24940.00
---	---------------	--------------	-------------------

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

Datum

Underskrift av den assistansberättigade eller ombud och namnförtydligande