



HELSINGBORG

UPPGIFTER SOM KRÄVS VID ANSÖKAN OM SJUKLÖNEERSÄTTNING enligt LSS § 9 punkt 2

Allmänt

Kommunen är enligt LSS § 9 p. 2 skyldig att tillgodose behovet av assistans vid ordinarie assistents sjukdom. Denna skyldighet fullgörs enligt RÅ 2005 ref 86 genom att den assistansberättigade/ombud vid varje tillfälle ansöker om att kommunen ersätter assistansanordnaren för faktisk merkostnad som uppstått på grund av ordinarie personals sjukfrånvaro alternativt att kommunen tillhandahåller vikarie.

Ersättningen beräknas enligt sjuklönelagen och kollektivavtal och innefattar också sociala avgifter och semesterersättning. Efter utredning utbetalas ersättning för faktisk merkostnad inom 30 dagar efter att kommunen mottagit denna blankett som motsvarar faktura.

Nedanstående uppgifter krävs om ansökan gäller sjuklöneersättning.

Specificering av assistanstid som getts av vikarie under ordinarie personals sjukfrånvaro lämnas på sid 2.

Kommun

Kommun: <i>Helsingborgs kommun</i>	Förvaltning: <i>Vård och omsorgsförvaltningen</i>
Handläggare:	

Assistansberättigad

Namn: [Redacted]	Personnummer: [Redacted]
Adress (utdelningsadress, postnummer och postort): [Redacted] 5	Telefon (även riktnr):

Ombud/uppgiftslämnare

Namn: <i>Natalia</i>	Telefon (även riktnr): [Redacted]
-------------------------	--------------------------------------

Assistansanordnare

Företagets namn och organisationsnummer: <i>Frösunda Omsorg AB, 556509-2482</i>		Bank-/postgironummer: <i>5045-1616</i>
Företagets adress: <i>Carlsgratan 12 a, 211 20 MALMÖ</i>		Telefon (även riktnr): <i>010-130 30 00</i>
Datum för upprättat avtal med den assistansberättigade:	Uppgift om vilket/vilka kollektivavtal/andra avtal som arbetsgivaren har ingått: <i>Vårdföretagarna-Kommunal, Personlig assistans (Branch G)</i>	
Referenskod (max 8 tecken) <i>1715708</i>		

Insjuknad ordinarie assistent

Förnamn + första bokstaven i efternamnet: <i>Malin</i>		Lön (tim- el månadslön): <i>120</i>	
Sjuklön: <i>480</i>	Semesterersättning: <i>187,20</i>	Sociala avgifter: <i>239,02</i>	Övriga avtalsbundna kostnader: <i>139,18</i>
Karensdag, datum: <i>170731</i>	Sjukperiod datum fr o m.-t o m: <i>170731</i>	Antal tim med vik*: <i>15</i>	Varav tim med OB-/jourtillägg*: <i>5</i>

*specificering på sid 2.

Yrkat belopp

Summa: <i>1045,40</i>	Beslutat belopp (fylls i av kommunen) Summa:
--------------------------	---

Ort och datum: 2017-11-09

Natalia Bengtsson
.....
(Underskrift av assistansberättigad/ombud)

Förtydligande: Natalia Bengtsson

Malin Ljungström

Kurirgatan 10 b
254 53 Helsingborg

Organisation 1001868	
Assistentens personnummer [REDACTED]	Assistentens namn Malin [REDACTED]
Befattningsnummer 759082	
Månad Juli	År 2017

Kundens personnummer [REDACTED]	Kundens namn [REDACTED]
Kundens ID 1001868	

Jag skulle arbetat följande dagar och tider om jag inte varit sjuk:

Dat.	Veckodag	Sjuk dag	Arbetad tid			Jour			Arbetad tid			Jour			Vikarie
			Start Tim:Min	Slut Tim:Min	Arb tim	Start Tim:Min	Slut Tim:Min	Jour tim	Start Tim:Min	Slut Tim:Min	Arb tim	Start Tim:Min	Slut Tim:Min	Jour tim	
31	Måndag	1	9:00	17:00	8:00				9:00	17:00	8:00				Afsaneh Kangavari
Dag 2-14															
31	Måndag	1	17:00	22:00	5:00	22:00	24:00	2:00	17:00	22:00	5:00	22:00	0:00	2:00	Afsaneh Kangavari
					13:00			2:00			13:00			2:00	

Assistentens namn och underskrift

Namn Malin [REDACTED]		Personnummer [REDACTED]
Jag intygar att uppgifterna är riktiga		Telefon, även riktnummer
2017-09-13 Datum	Verifierat via Medvind Namnteckning	0768874468

År och månad

2 | 0 | 1 | 7 | - | 0 | 7

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

1. Personen som har personlig assistans

Förnamn och efternamn [REDACTED]	Personnummer (12 siffror) [REDACTED]
-------------------------------------	---

Du som är assistent fyller i tidsredovisningen på sidan 2. Sedan lämnar du den till din arbetsgivare. Du som är anordnare fyller sedan i punkt 3 - 6 på sidan 1.

2. Du som är assistent

Förnamn och efternamn Malin [REDACTED]	Personnummer (12 siffror) [REDACTED]
---	---

3. Omfattas assistenten av kollektivavtal?

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

4. Uppgifter om beräkningsperiod enligt arbetstidslagen eller kollektivavtal

Den arbetsgivarorganisation som anordnaren tillhör kan svara på frågor om beräkningsperioder. Försäkringskassan kan komma att kontrollera de uppgifter som du lämnar. Fyll i den eller de perioder som ingår i den här tidsredovisningen.

Från och med 2017-07-01	till och med 2017-12-31	Från och med	till och med	Från och med	till och med
Från och med	till och med	Från och med	till och med	Från och med	till och med

5. Anordnaren av personlig assistans

<input type="checkbox"/> Jag har själv anställt assistenten (Fyll inte i något mer under den här punkten)			
<input checked="" type="checkbox"/> Personen anlitar en assistans-anordnare	Namn på anordnaren Frösunda Omsorg AB		Organisationsnummer 556509-2482
	Kontaktperson Anne Johansson		Telefon, även riktnummer 0101303721
	Är anordnaren arbetsgivare för assistenten? <input checked="" type="checkbox"/> Ja		
	<input type="checkbox"/> Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som har en annan arbetsgivare	Namn på arbetsgivaren	Organisationsnummer
	<input type="checkbox"/> Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som är egenföretagare.		

6. Underskrift av dig som är anordnare eller själv har anställt assistenten

Jag intygar att uppgifterna i blanketten är riktiga.		
Datum 2017-09-18	Namnteckning Anne Johansson (Rapporterat via Medvind)	Telefon, även riktnummer 0101303721

År och månad

2	0	1	7	-	0	7
---	---	---	---	---	---	---

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

1. Personen som har personlig assistans

Förnamn och efternamn [Redacted]	Personnummer (12 siffror) [Redacted]
-------------------------------------	---

Du som är assistent fyller i tidsredovisningen på sidan 2. Sedan lämnar du den till din arbetsgivare. Du som är anordnare fyller sedan i punkt 3 - 6 på sidan 1.

2. Du som är assistent

Förnamn och efternamn Afsaneh [Redacted]	Personnummer (12 siffror) [Redacted]
---	---

3. Omfattas assistenten av kollektivavtal?

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

4. Uppgifter om beräkningsperiod enligt arbetstidslagen eller kollektivavtal

Den arbetsgivarorganisation som anordnaren tillhör kan svara på frågor om beräkningsperioder. Försäkringskassan kan komma att kontrollera de uppgifter som du lämnar. Fyll i den eller de perioder som ingår i den här tidsredovisningen.

Från och med 2017-07-01	till och med 2017-12-31	Från och med	till och med	Från och med	till och med
Från och med	till och med	Från och med	till och med	Från och med	till och med

5. Anordnaren av personlig assistans

<input type="checkbox"/> Jag har själv anställt assistenten (Fyll inte i något mer under den här punkten)			
<input checked="" type="checkbox"/> Personen anlitar en assistans-anordnare	Namn på anordnaren Frösunda Omsorg AB		Organisationsnummer 556509-2482
	Kontaktperson Anne Johansson		Telefon, även riktnummer 0101303721
	Är anordnaren arbetsgivare för assistenten? <input checked="" type="checkbox"/> Ja		
	<input type="checkbox"/> Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som har en annan arbetsgivare	Namn på arbetsgivaren	Organisationsnummer
	<input type="checkbox"/> Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som är egenföretagare.		

6. Underskrift av dig som är anordnare eller själv har anställt assistenten

Jag intygar att uppgifterna i blanketten är riktiga.		
Datum 2017-09-18	Namnteckning Anne Johansson (Rapporterat via Medvind)	Telefon, även riktnummer 0101303721

Månad År
AUGUSTI 2017
Arbetsgivare
Frösunda Omsorg AB
Box 708
169 27 SOLNA

Personnummer
[REDACTED]
Arbetsgivarnummer
625502
Sida
1 AV NaN

Helsingborg

Inkomstår	Kontant bruttolön under året	Annan kontant förmån under året	Skatteuppgifter		Erlagd skatt under året	Nästa löne- utbet.dag
			Tab	Kol Ändrad beräkning		
2017	128661,82				39492-	20170925
Lön m m						
Heltidslön		Syss.grad	Kompsaldo			
Semester - avser månadsavlönade						
Betalda		Obet				
Uttagna dgr		Kvarv dgr	Sparade dgr			
Semfakt 1,00						
Intjänad semesterlön - avser timavlönade						
Belopp:						
ÅrsarbtidÅr:						
Utbetalningsdatum 170825						
Text	Omf	Fr o m mån dag	T o m mån dag	Antal	å-pris	Belopp
Befattningsid: 755963						
Timlön, assistent		170716	- 170716	12,00	160,00	1920 00
Timlön, assistent		170717	- 170717	15,00	160,00	2400 00
Timlön, assistent		170718	- 170718	15,00	160,00	2400 00
Timlön, assistent		170719	- 170719	15,00	160,00	2400 00
Timlön, assistent		170720	- 170720	15,00	160,00	2400 00
Timlön, assistent		170721	- 170721	15,00	160,00	2400 00
Timlön, assistent		170722	- 170722	15,00	160,00	2400 00
Timlön, assistent		170723	- 170723	15,00	160,00	2400 00
Timlön, assistent		170724	- 170724	2,00	160,00	320 00
Timlön, assistent		170726	- 170726	13,00	160,00	2080 00
Timlön, assistent		170727	- 170727	2,00	160,00	320 00
Timlön, assistent		170731	- 170731	13,00	160,00	2080 00
Intjänad semesterlön		170701	- 170731			2822 40
Intjänad semesterlön		170701	- 170731			2822 40
Ob-tid vardag kväll		170717	- 170731	18,00	20,63	371 34
Ob-tid veckoslut		170716	- 170723	45,00	51,34	2310 30
Öour, vardag		170717	- 170731	49,00	27,52	1348 48
Öour, helg		170716	- 170724	34,00	55,11	1873 74
Semester	100	170701	- 170715	67,00	160,00	10720 00
Överuttag sem.ers		170701	- 170731			7897 60
Summa bruttolön						32246 26
Prel.skatt		Beräknad på: 32246				8127 00-
Öresutjämning						0 26-
Utbetald nettolön						24119 00

Din lönespec och annan viktig post finns nu på Kivra. Anslut dig på kivra.com.

LÖNESPECIFIKATION

Frösunda Omsorg AB

Månad	År
AUGUSTI	2017

Arbetsgivare
Frösunda Omsorg AB

Box 708
169 27 SOLNA

Personnummer

Arbetsgivarnummer

625502

Sida		
1	AV	NaN

[REDACTED], Malin

Kurirgatan 10B
254 53 Helsingborg

3K

Inkomstår	Kontant bruttolön under året	Annan kontant förmån under året	Skatteuppgifter			Erlagd skatt under året	Nästa löne- utbet.dag
2017	6301,12		Tab	Kol	Ändrad beräkning	1890-	20170925
Lön m m							
Heltidslön		Syss.grad	Kompsaldo				
Semester - avser månadsavlönade							
Betalda		Obet					
Uttagna dgr		Kvarv dgr	Sparade dgr				
Semfakt							
Intjänad semesterlön - avser timavlönade							
Belopp:							
ÅrsarbetidÅr:							
Utbetalningsdatum 170825							
Text	Omf	Fr o m mån dag	T o m mån dag	Antal	å-pris	Belopp	
Befattningsid: 759082							
Timlön, assistent		170725	- 170725	13,00	120,00	1560	00
Timlön, assistent		170726	- 170726	2,00	120,00	240	00
Ob-tid vardag kväll		170719	- 170719	3,00	20,63	61	89
Ob-tid vardag kväll		170718	- 170725	6,00	20,63	123	78
Jour, vardag		170718	- 170726	18,00	27,52	495	36
Sem.ers				15,00	14,40	216	00
Semesterers Inskolni	100	170713	- 170713	5,00	12,25	61	25
Semesterers Inskolni	100	170718	- 170720	21,50	12,25	263	38
Karensdag	100	170731	- 170731	1,00			
Sjuklön 80 %		170731	- 170731	5,00	96,00	480	00
Sjuklön OB kväll 80%		170731	- 170731	3,00	16,50	49	50
Sjuklön jour vard 80		170731	- 170731	2,00	22,02	44	04
Inskolning, ass	100	170713	- 170713	5,00	102,11	510	55
Inskolning, ass	100	170718	- 170720	21,50	102,11	2195	37
Summa bruttolön						6301	12
Prel.skatt						1890	00-
Öresutjämning						0	12-
Utbetald nettolön						4411	00
Din lönespec och annan viktig post finns nu på Kivra. Anslut dig på kivra.com .							

