

**Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd  
vid ordinarie assistents sjukdom**

enligt 9 § 2 LSS

1. Assistansberättigad		
Namn		Personnummer
Adress		
Postnr	Ort	Telefonnummer
E-post		

2. Assistansbolag		
Namn		
Adress		
Postnummer	Ort	Telefonnummer
<b>Fullmakt</b>	<input type="checkbox"/> Bifogas <input type="checkbox"/> Tidigare insänt	
Kontaktperson hos utförare		E-post utförare

3. Ersättning betalas till konto	
Bank	Bankgiro/plusgiro
Referensnummer	

4. Styrkande av uppkommen merkostnad	
Ordinarie personlig assistent (namn) och anställningsnummer	Personnummer
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum)	Karensdag (datum)

Namn på vikarie under ord.ass. sjukfrånvaro	Har arbetat (datum)	Klockslog	Antal timmar	Timlön

**Bifogas**

- Sjukfrånvar oanmälan eller annan uppgift som styrker ordinarie assistents sjukfrånvaro.
- Kopia på löneutbetalning eller annan uppgift som styrker att kostnaderna är utbetalda för ordinarie personlig assistent.
- Tidrapport till Försäkringskassan för ordinarie personlig assistent och vikarie.
- Kompletta ifylld sammanställning som visar att faktiskt merkostnad finns.  
(Styrkande av merkostnadens storlek, sid 2)

## Sammanställning – Styrkande av merkostnadens storlek

För förtydligande av begärda uppgifter, se SKL cirkulär 2006:39

<b>5. Kollektivavtal</b>

6. Ordinarie personal				
Namn	Timmar	Ord lön kr/tim	Sjuklön kr/tim	Summa
Sjuklön dag 2-14				
Semesterersättning dag 2-14				
Karensdag				
Semesterersättning 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				
			<b>Summa</b>	

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

<b>7. Underskrift</b>
Ort och datum
Underskrift
Namnförtydligande

**Blanketten skickas till:**

Eslövs kommun  
 Att: Ekonomiassistent, personlig assistans  
 Vård och Omsorg  
 241 80 Eslöv