

Ansökan om ekonomiskt stöd enligt 9 § punkt 2 LSS i samband med merkostnad vid ordinarie assistents frånvaro/sjuklönekostnad

Ansökan gäller

| |
|---|
| Tidsperiod |
| Yrkad merkostnad, ange i kronor |
| Fullmakt för ansökan <input type="checkbox"/> Ej aktuellt <input type="checkbox"/> Fullmakt bifogas ansökan <input type="checkbox"/> Fullmakt bifogad sedan tidigare |

Uppgifter om den assistansberättigade

| | |
|---|--------------------|
| För- och efternamn | Personnummer |
| Utdelningsadress | Postnummer och ort |
| Telefonnummer/Mobiltelefon/E-postadress | |

Uppgifter om eventuell företrädare

| | |
|--|---|
| För- och efternamn | Telefonnummer/mobiltelefonnummer |
| Utdelningsadress | Postnummer och ort |
| Typ av företrädare <input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Förvaltare | Finns uppdraget att bevaka rätt i förordnandet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |

Uppgift om assistansanordnare och eventuellt ombud

| | |
|--|---------------------------|
| Ombud (namn på fysisk person) | Telefonnummer dagtid |
| Assistansanordnare (namn och utdelningsadress, postnummer och ort) | |
| Organisationsnummer/momsregistreringsnummer (lämnas vid ansökan första gången) | |
| Ersättning utbetalas till konto | Eventuellt Referensnummer |
| Tillstånd finns från Inspektionen för vård och omsorg för assistansanordnaren att bedriva assistans för den period ansökan avser: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| Giltig F-skattsedel finns för assistansanordnaren att bedriva verksamhet för den period ansökan avser: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |

Styrkande av uppkommen merkostnad, Kryssa för de bilagor som bifogas ansökan

- Sjukfrånvarooanmälan där namn, personnummer, datum och klockslag framgår.
- Tidsredovisning/tidrapport för ordinarie personal som anger datum och klockslag för arbetspass som skulle ha fullgjorts karensdagen samt för dag 2-14.
- Uppgifter om datum för karens, alternativt uppgift om varför karens i förekommande fall inte dragits.
- Om sjukperioden startade föregående månad, anges information om datum för redan avdragen karensdag.
- Tidsredovisning för vikarierande personal.
- Tillämpat kollektivavtal och eventuellt andra bundna avtal.
- Kopia på lönespecifikation där namn, personnummer och uppgift om storlek på ordinarie assistents lön framgår.
- Uppgift om storlek på utbetald sjuklön, semesterersättning, sociala avgifter och eventuellt andra avtalsbundna kostnader i % och kronor.
- Intygande från den assistansberättigade (eller dess företrädare) att assistans utförts, till exempelvis genom signering av tidrapporter.

Sammanställning merkostnad

| | | |
|---|-------------------------|--|
| Namn på ordinarie assistent | | Ordinarie assistents personnummer |
| Antal timmar för sjuklön dag 2 -14 | Karensdag, antal timmar | Antal vikarietimmars under perioden |
| Totalt antal timmar för sjuklön | | |
| Ordinarie assistents timlön | | |
| Utbetald sjuklön dag 2-14 (80 % av ordinarie lön) i totalt antal kronor | | Utbetald semesterersättning i % samt kronor |
| Utbetalda sociala avgifter under sjuklöneperioden, % samt kronor | | Övriga utbetalda avtalsbundna kostnader, % samt kronor |
| Utbetald OB-ersättning dag 2-14, % samt kronor | | |
| Yrkat belopp för merkostnad | | |

Underskrift

Jag intygar på heder och samvete att lämnade uppgifter i samband med ansökan är korrekta

.....
Ort och datum

.....
Assistansberättigad/God man/ Förvaltare/Ombud

.....
Namnförtydligande