

Fullmakt: Ansökan om ekonomiskt stöd för merkostnad vid ordinarie assistents sjukfrånvaro

Fullmakt för ansökan enligt 9§2 LSS ekonomiskt stöd för merkostnader vid ordinarie personlig assistents sjukfrånvaro samt för att ta emot sådant ekonomiskt stöd.

* obligatorisk uppgift

Fullmaktsgivaren

*För- och efternamn		*Personnummer	
*Postadress		*Postnummer	*Ort
*Telefon dagtid	Mobiltelefon	E-postadress	

Härmed ger jag fullmakt åt nedanstående person/företag att vid sjukfrånvaro hos min ordinarie personlig assistent, ansöka hos Örnsköldsviks kommun om insats enligt 9 § 2 LSS i form av ekonomiskt stöd till den del behovet inte täcks av beviljad assistansersättning . Ombudet ges även fullmakt att ta emot sådan ersättning av kommunen.

Assistansutförare/Ombud

*Assistansutförare (företag, kooperativ, etc)		*Pers-/organisationsnummer	
*För- och efternamn		För- och efternamn	
*Postadress		*Postnummer	*Ort
*Telefon dagtid	Mobiltelefon	E-postadress	

Fullmakten gäller tills vidare. Fullmakten upphör när den återkallas, eller avtal emellan fullmaktsgivaren och ombud upphör.

Underskrift fullmaktsgivare

*Underskrift, ort och datum	*Namnförtydligande
-----------------------------	--------------------

Bevittnas – fullmaktsgivarens namnteckning bevittnas

*Underskrift, ort och datum	*Vittnets adress
*Namnförtydligande	*Telefonnummer, e-postadress