

Ansökan om ekonomiskt stöd för merkostnad vid ordinarie assistents sjukfrånvaro enligt 9 § 2 LSS

Jag som gör ansökan är:

- ☐ den assistansberättigade
☐ legal företrädare (t ex god man eller förvaltare)
☐ assistansanordnare/ombud

Uppgifter om den assistansberättigade

Förnamn	Efternamn	Personnummer
E-post		Telefonnummer

Legal företrädare (t ex god man eller förvaltare)

Förnamn	Efternamn	Uppdrag
E-post		Telefonnummer

Assistansanordnare/ombud

Företagsnamn	Organisationsnummer	
Adress	Postnummer	Postort
E-post		Telefonnummer
Kontaktperson förnamn	Kontaktperson efternamn	Kontaktperson personnummer

Grundläggande underlag - skickas in vid förstagångsansökan samt vid förändringar

Tillståndsbevis från IVO	Uppdragsavtal mellan assistansberättigad och assistansanordnare	Fullmakt/registerutdrag - i de fall den assistansberättigade inte själv gör ansökan
☐ Bifogas ☐ Redan inskickat	☐ Bifogas ☐ Redan inskickat	☐ Bifogas ☐ Redan inskickat

F-skattsedel - assistanordnare	Blankett betalningsmottagare - vid överlåtelse av betalning
☐ Bifogas ☐ Redan inskickat	☐ Bifogas ☐ Redan inskickat

Uppgifter om ordinarie assistent

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Kollektivavtal		

Sjukperiod (datum från och med , till och med)

Från	Till
------	------

Datum karensavdrag	Antal timmar karensavdrag
Datum dag 2-14	Antal timmar dag 2-14
Datum dag 15 -	Antal timmar dag 15 -

Löneuppgifter

Ordinarie timlön:	
Semesterlönegrundande sjukfrånvaro	
Sjuklön (arbetstid)	
Semesterersättning sjuklön	
Tilllägg OB och jour	
Totalt löneuppgifter:	

OB-tillägg

Vardag kväll

Kr/tim	Antal tim	Summa	80%
--------	-----------	-------	-----

Vardag natt

Kr/tim	Antal tim	Summa	80%
--------	-----------	-------	-----

Helg dag

Kr/tim	Antal tim	Summa	80%
--------	-----------	-------	-----

Helg natt

Kr/tim	Antal tim	Summa	80%
--------	-----------	-------	-----

Storhelg dag

Kr/tim	Antal tim	Summa	80%
--------	-----------	-------	-----

Storhelg natt

Kr/tim	Antal tim	Summa	80%
--------	-----------	-------	-----

Fast OB

Kr/tim	Antal tim	Summa	80%
			Totalt OB

Tillägg jour**Vardag**

Kr/tim	Antal tim	Summa	80%
--------	-----------	-------	-----

Helg

Kr/tim	Antal tim	Summa	80%
			Totalt Jour

Sociala avgifter

Arbetsgivaravgift %	Arbetsgivaravgift
Avstättning tjänstepension (%)	Avstättning tjänstepension
Totalt sociala avgifter:	

Mottagare av ersättning (namn/anordnare)	Yrkad merkostnad/ansöker om belopp:
--	--

Obligatoriska uppgifter som alltid ska bifogas ansökan

- Tidsredovisning ordinarie assistent – underskriven
- Tidsredovisning vikarierande assistent/assistenter – underskriven
- Lista över vem som varit sjuk - och vem som vikarierat vid vilket tillfälle.
- Lönespecifikation ordinarie assistent
- Lönespecifikation vikarierande assistent/assistenter
- Ordinarie schema (grundschema) - med markering av ordinarie assistents arbetspass
- Läkarintyg från dag 8 (känsliga uppgifter maskerade)
- Kommunens beräkningsmall – styrkande av merkostnad

☐ Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna jag har lämnat är riktiga och fullständiga. Jag vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter, att utelämna något samt att inte meddela Värnamo kommun när uppgifterna jag har lämnat förändras.

Underskrift

Datum

Namnteckning

Namnförtydligande

Information om behandling av personuppgifter

Värnamo kommun behöver hantera och spara personuppgifter om dig. Det gör vi för att kunna handlägga ärenden och fatta beslut som rör dig för att fullgöra våra skyldigheter enligt lag. De uppgifter du har lämnat kan komma att lämnas ut till myndigheter eller enskilda om det krävs enligt lag eller annan författning, eller om det är nödvändigt för ärendets handläggning. Du har rätt att kontakta oss om du vill ha information om de uppgifter vi har om dig eller begära rättning eller radering av dina uppgifter. Du kan också begära att vi begränsar behandlingen eller göra invändningar. Du hittar mer information på kommun.varnamo.se/personuppgifter.