

Vård och omsorg

### Begäran/ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS

Assistansberättigad	Personnummer	Telefonnummer/e-post
Legal företrädare/ombud namn	Uppdrag (ex. god man)	Telefonnummer
Ersättning utbetalas till konto	Referensnummer	

#### Fullmakt

<input type="checkbox"/>	Bifogas
<input type="checkbox"/>	Tidigare insänd fullmakt

### Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent	Personnummer	Anställningsnummer
Sjukperiod (datum/klockslag)	Karensdag (datum)	

Vikarie under sjukperioden (namn)	Vikarieperiod (datum/klockslag)

#### Bifogas

<input type="checkbox"/>	Sjukfrånvar oanmälan
<input type="checkbox"/>	Kopia på löneutbetalning – ordinarie personlig assistent och vikarie
<input type="checkbox"/>	Tidsredovisning till Försäkringskassan – ordinarie personlig assistent och vikarie
<input type="checkbox"/>	Sammanställning av yrkat belopp som visar att faktisk merkostnad finns

Vård och omsorg

**Styrkande av merkostnadens storlek**

Aktuellt kollektivavtal

Ordinarie personlig assistents lön – kronor / timme

Utbetald sjuklön – kronor / timme

Utbetald semesterersättning under sjuklöneperioden

Utbetalda sociala kostnader under sjuklöneperioden – kronor

Övriga utbetalda avtalsbundna kostnader – kronor

Bifogas

Beskrivning av övriga avtalsbundna kostnader

**Intygar härmed att ovanstående uppgifter är riktiga:**

Assistansberättigad / ombud	Namnförtydligande
-----------------------------	-------------------

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

Ansökan skickas till:  
LSS-handläggare Eva Proos eller Berit Daniels-Vik, Medborgarhuset,  
780 50 VANSBRO