

För ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS för merkostnader vid ordinarie assistents sjukdom.

Assistansberättigad

Namn:	
Personnummer:	
Adress (inkl. postnummer och postort):	
Telefonnummer:	
E-post adress:	

Härmed ger jag fullmakt åt nedanstående person att, vid sjukfrånvaro hos ordinarie personlig assistent, ansöka hos Vansbro kommun om insats enligt 9 § 2 LSS i form av ersättning för skäliga kostnader för personlig assistans till den del behovet inte täcks av beviljad assistansersättning (täckning för merkostnader som uppstått i samband med ordinarie personlig assistents sjukfrånvaro). Ombudet ges även fullmakt att mottaga sådan ersättning från Vansbro kommun.

Ombud/fullmaktshavare

Namn:	
Personnummer:	
Adress (inkl. postnummer och postort):	
Telefonnummer:	
E-post adress:	
Assistanssamordnare (om företag):	

Underskrift av fullmaktsgivare (assistansberättigad eller legal företrädare)

Ort och datum:	Namnteckning:
Namnförtydligande:	

Bevittnas

Namnteckning:	Namnteckning:
Namnförtydligande:	Namnförtydligande: