|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sammanställningsblankett för**  **ersättning av personlig assistans** |  |  |
|  |  |  |
|  | År och månad |  |  |
| Blanketten ska skickas in varje månad i efterskott,  tillsammans med en kopia av tidsredovisningen för antal utförda timmar.  Tidsredovisningen ska undertecknas av den enskilde/  legal ställföreträdare samt assistenter eller assistans-  anordnare. Uppgifterna utgör underlag för kommunens  utbetalning. *Inga fakturor tas emot.* | |  | | --- | |  |   **Blanketten skickas till**  Borlänge Kommun, Funktionshinderomsorgen 2  Tunagatan 44, plan 3  784 33 Borlänge  Er referens kod   |  | | --- | |  | |  |  |

1. **Personuppgifter (Den assistansberättigade)**

|  |  |
| --- | --- |
| För Förnamn och efternamn | Personnummer (12siffror) |

1. **Antal beviljade timmar assistans timmar**

|  |  |
| --- | --- |
| Antal beviljade timmar och minuter per vecka | Period för beslutet F.r.o.m – T.o.m |

1. **Redovisning av utförd assistans**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Aktiv tid  Timmar minuter | Väntetid, faktiska timmar  Timmar minuter | Beredskapstid, faktiska timmar  Timmar minuter |
| Jag skickar med (antal) Tidsredovisning personlig assistans | | |

1. **Har du vårdats på sjukhus den här månaden?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nej | | | |
| Första dagen på sjukhus den här månaden sista dagen på sjukhus den här månaden  Ja | | | |
| Har du varit i kontakt med biståndshandläggare gällande personlig assistans under sjukhusvistelse?  JA  NEJ | | | |
| Jag har fått personlig assistans under tiden jag vårdades på sjukhus. Timmarna ingår i redovisningen under punkt 2. | Aktiv tid  Timmar minuter | Väntetid, faktiska timmar  Timmar minuter | Beredskapstid, faktiska timmar  Timmar minuter |

1. **Har du anlitat en assistent som är bosatt utanför EES - området? (**LSS 9d§)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ja | Bifoga en förklaring till varför du behövde anlita en assistent på plats. Skicka också in handlingar som styrker dina uppgifter | | | |
| F.r.o.m – T.o.m | | Aktiv tid  Timmar minuter | Väntetid, faktiska timmar  Timmar minuter | Beredskapstid, faktiska timmar  Timmar minuter |

1. **Assistansanordnare –** arbetsgivare för personlig assistans som utför beviljade assistans timmar

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bolags namn och organisations nummer | | Telefon nummer | |
| Mejladress | Ersättningen betalas ut till bankgironummer | |  |
| Tillstånd från inspektionen för vård och omsorg (IVO) JA  NEJ | | | |

1. **Underskrift**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vi har tagit del av kommunens rutin (<http://www.borlange.se/omsorg-och-hjalp/funktionsnedsattning-handikapp/personlig-assistans/>externa-bolag) och villkor för ersättning av personlig assistans enligt 9 § 2 LSS, vilka vi förbinder oss att följa. Vi försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga.  När uppgifterna förändras måste vi meddela Borlänge kommun. Vi vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter, att utelämna något eller att inte meddela Borlänge kommun när uppgifterna vi lämnat förändras. | | |
| Datum | Namnteckning | Telefon, även riktnummer |

1. **Fyll i här om du som skrivit under är ställföreträdare**

|  |  |
| --- | --- |
| Jag är  vårdnadshavare  god man  förvaltare | |
| Namnförtydligande | Personnummer (12 siffror) |