Ansökan skickas till

Borlänge kommun, Funktionshinderomsorgen 2

Tunagatan 44, plan 3

784 33 Borlänge

**Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS för merkostnader då ordinarie assistent varit sjuk**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Den assistansberättigades namn** | | | **Personnummer** | | **Telefonnummer/e-post** |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
| **Legal företrädare/ombud namn** | | | **Uppdrag (ex. god man/fullmaktshavare) och telefonnummer** | | |
|  | | |  | |  |
| **Adress:** | | |  | |  |
| **Assistansanordnare:** | | |  | |  |
| **Adress:** | |  | **Post nr:** |  | **Ort:** |
|  | | |  | |  |
| **Yrkat belopp** | **Ersättning utbetalas till konto** | | | | **Referensnummer** |
|  |  | | | |  |

**Fullmakt**

**Ej aktuellt FORA Pension/försäkring  er procent sats \_\_\_\_\_%**

***eller***

**Bifogas KP Pension/försäkring  er procent sats \_\_\_\_\_%**

**Tidigare insänt Bifoga underlag som styrker %  Tidigare insänt**

**Styrkande av uppkommen merkostnad**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ordinarie personlig assistent (namn)** | | **Anställningsnummer** | **Personnummer** |
|  | |  |  |
| **Sjukperiod ordinarie assistent** | | **Karensdag** | **Läkarintyg efter 7:e dagen** |
| **Sjukperiod (datum/klockslag) Vikarie** | |  | **Datum klockslag** |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| ***Att ovanstående uppgifter är riktiga intygas härmed:*** | | | |  | |  |
|  | | | |  | |  |
|  | | | |
| **Underskrift av assistansberättigad eller ombud** | | | |
|  | | | |
|  | | | |

**Namnförtydligande**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Till ansökan bifogas:**

**Sjukfrånvaroanmälan undertecknad av den sjuka assistenten**

**Tidrapport/tidsredovisning till försäkringskassan - ordinarie och vikarierande assistent**

**Sammanställning av yrkat belopp som visar att faktisk merkostnad finns**

**Kopia på lönespecifikation – ordinarie/vikarierande assistent eller annat underlag som styrker löneuppgifterna.**

**Schema för beräkning av den genomsnittliga arbetstiden**

***Styrkande av merkostnadens storlek (om uppgifterna inte framgår av sammanställningen):***

|  |
| --- |
|  |

**Sysselsättningsgrad Beräknad genomsnitts arbetsvecka**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Antal timmar karens Antal timmar med sjuklön** | |
|  |  |
| **Aktuellt kollektivavtal** | |
|  | |
|  | |
| **Ordinarie personlig assistents lön – kronor/timme** | |
|  | |
|  | |
| **Sjuklön – kronor/timme** | |
|  | |
|  | |
| **Semesterersättning – kronor/timme** | |
|  | |
|  | |
| **Sociala kostnader under sjuklöneperioden - procentsats och kronor** | |
|  | |
|  | |
| **OB- och jourersättning under sjuklöneperioden - kronor** | |
|  | |
| **Övriga utbetalda avtalsbundna kostnader - kronor** | |
|  | |
|  | |
| **Bifogas beskrivning av övriga avtalsbundna kostnader** | |