

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.*

År och månad

**Blanketten skickas till**  
Borlänge Kommun,  
Funktionshinderomsorgen 2  
Tunagatan 44, plan 3  
784 33 Borlänge

Er referens kod

**1. Personuppgifter (Den assistansberättigade)**

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

**2. Antal beviljade timmar assistans timmar**

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

**3. 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		

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

<input type="checkbox"/> Nej			
<input type="checkbox"/> Ja		Första dagen på sjukhus den här månaden	sista dagen på sjukhus den här månaden
Har du varit i kontakt med biståndshandläggare gällande personlig assistans under sjukhusvistelse?			
<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEJ	
<input type="checkbox"/> 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

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

<input type="checkbox"/> 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

**6. 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 <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>		

## 7. Underskrift

Vi har tagit del av kommunens rutin ( <a href="http://www.borlange.se/omsorg-och-hjalp/funktionsnedsattning-handikapp/personlig-assistans/externa-bolag">http://www.borlange.se/omsorg-och-hjalp/funktionsnedsattning-handikapp/personlig-assistans/externa-bolag</a> ) 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	Namn-teckning	Telefon, även riktnummer
Namnförtydligande		

## 8. Fyll i här om du som skrivit under är ställföreträdare

Jag är <input type="checkbox"/> vårdnadshavare <input type="checkbox"/> god man <input type="checkbox"/> förvaltare	
Namn-förtydligande	Personnummer (12 siffror)