

Ansökan skickas till

Borlänge kommun
Funktionshinderomsorgen
Tunagatan 44
781 81 Borlänge

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

Den assistentberättigades namn Personnummer Telefonnummer/e-post

--	--	--

Legal företrädare/ombud namn Uppdrag (ex. god man/fullmaktshavare) och telefonnummer

--	--

Adress:

Assistansanordnare:

Adress:

Postnr:

Ort:

Yrkat belopp

Ersättning utbetalas till

Referensnummer

--	--	--

Fullmakt

Ej aktuellt

FORA Pension/försäkring er procent sats ____%

Bifogas

KP Pension/försäkring er procent sats ____

Tidigare insänt

Bifoga underlag som styrker % Tidigare insänt

Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent

Anställningsnummer

Personnummer

Sjukperiod ordinarie assistent	Karensdag	Läkarintyg efter 7:e dagen



Ansökan skickas till

Borlänge kommun
Funktionshinderomsorgen
Tunagatan 44
781 81 Borlänge

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

