



ÅSTORP

# Begäran om betalningsmottagare och anordnare

Ersättning personlig assistans

**Du som har personlig assistans** (Om anmälan gäller barn under 18 år ska barnets uppgifter fyllas i här)

Namn	Personnummer
------	--------------

## Uppgifter om betalningsmottagare

Betalningen ska göras till mig själv eller min ställföreträdare

Bankkonto (clearing- och kontonummer)
Ställföreträdarens namn och personnummer om det inte är ditt eget konto*

\*Ställföreträdare är vårdnadshavare, god man eller förvaltare

Betalningen ska göras till kommun eller annan assistansanordnare

Namn på anordnare	Organisationsnummer
Namn på anordnare 2	Organisationsnummer
Byte av assistansanordnare	Från och med (datum)



ÅSTORP

## Hur ska assistansen ordnas?

Jag ska själv anställa mina assistenter

Jag ska köpa assistans av en eller flera anordnare

Namn på anordnare	Organisationsnummer
Namn på anordnare 2	Organisationsnummer

Jag bifogar en kopia på avtalet med anordnaren (Om avtalet inte redan finns hos Åstorps kommun ska du bifoga det)

## Underskrift vårdnadshavare (Om det finns två vårdnadshavare ska båda skriva under)

Datum	Namnteckning	Telefon
Datum	Namnteckning	Telefon

## Underskrift ställföreträdare

Jag/vi är                      vårdnadshavare                      god man                      förvaltare

Namn	Personnummer	Telefon
Namn	Personnummer	Telefon

## Blanketten skickas till

Åstorps kommun  
Socialförvaltningen  
Storgatan 7  
265 80 Åstorp