



ÅSTORP

Ansökan om ekonomiskt stöd för merkostnad vid ordinarie personlige assistents sjukfrånvaro enligt 9§2 LSS

Ansökan gäller

*Tidsperiod för sjukfrånvaro	*Merkostnad under sjukfrånvaro, ange i kronor
------------------------------	---

Fullmakt för ansökan om ekonomiskt stöd enligt 9§2 LSS för merkostnad vid ordinarie assistents frånvaro

Fullmakt bifogas

Fullmakt har sänts in tidigare

Uppgifter om assistansberättigad/brukaren

*För- och efternamn		*Personnummer	
*Postadress		*Postnummer	*Ort
*Telefon dagtid	Mobiltelefon		E-postadress

Uppgifter om ombud/assistansanordnare

*Assistansutförare (företag, kooperativ, etc)		*Pers-/organisationsnummer	
*För- och efternamn		För- och efternamn	
*Postadress		*Postnummer	*Ort
*Telefon dagtid	Mobiltelefon		E-postadress

Styrkande av uppkommen merkostnad. Kryssa för de bilagor som bifogas ansökan.

- Tillämpat kollektivavtal och eventuellt andra bundna avtal
- Kopia på lönespecifikation för ordinarie assistent, med uppgift om namn, timlön, sjuklön och karensavdrag
- Uppgift om semesterersättning, sociala avgifter och ev. andra avtalsbundna kostnader i %
- Tidsredovisning för ordinarie assistent som anger datum och klockslag för arbetspass som skulle ha fullgjorts under sjukperioden, signerad av ordinarie assistent
- Tidsredovisning för vikarierande personal, signerad av vikarien
- Läkarintyg från åttonde kalenderdagen i sjukperioden



ÅSTORP

Betalningsmottagare

*Företagets namn	*För- och efternamn
*Konto/PG-nr/BG-nr	*Referensnummer för ansökan

Underskrift

*Underskrift av assistansberättigad eller ombud	*Ort och datum
*Namnförtydligande	

Ansökan sänds till Åstorps Kommun, Socialtjänsten, Storgatan 7, 265 80, Åstorp