



ÅSTORP

Sammanställning för ersättning av personlig assistans

Blanketten ska skickas in varje månad i efterskott, senast den 10:e dagen i månaden, tillsammans med en kopia av tidsredovisningen för antal utförda timmar om inte dessa bifogats fakturan. Tidsredovisningen ska undertecknas av den enskilde eller legal ställföreträdare samt assistenter eller assistansanordnare. Uppgifterna utgör underlag för den granskning av fakturan som kommunen gör.

| | |
|--------------|-----------------|
| År och månad | Fakturareferens |
|--------------|-----------------|

Personuppgifter (assistansberättigad)

| | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Namn | Personnummer |
| Beviljade assistanstimmar per vecka | Period för beslutet, fr.o.m. – t.o.m. |
| Tillfällig utökning per vecka | Period för beslutet, fr.o.m. – t.o.m. |



ÅSTORP

Redovisning av utförd assistans

| | | |
|--------------------------------|--|---|
| Aktiv tid (timmar och minuter) | Väntetid (faktiska timmar och minuter) | Beredskapstid (faktiska timmar och minuter) |
|--------------------------------|--|---|

Jag skickar med (antal) tidsredovisning Tidsredovisning har bifogats fakturan

Har du vårdats på sjukhus den här månaden?

Nej

| | | | |
|---|---|--|---|
| 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 sjukhusvistelsen | | | |
| Nej | Ja | | |
| Jag har fått personlig assistans under tiden jag vårdades på sjukhus. Timmarna ingår i redovisningen av utförd assistans. | Aktiv tid (timmar och minuter) | Väntetid (faktiska timmar och minuter) | Beredskapstid (faktiska timmar och minuter) |

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

| | | | |
|----------------|--|--|---|
| Ja | Bifoga en förklaring till varför du behövde anlita en assistent på plats. Skicka också in handlingar som styrker dina uppgifter. | | |
| Fr.o.m.–t.o.m. | Aktiv tid (timmar och minuter) | Väntetid (faktiska timmar och minuter) | Beredskapstid (faktiska timmar och minuter) |



ÅSTORP

Assistansanordnare (arbetsgivare för personlig assistans som utför beviljade assistanstimmar)

| | |
|---|---------------------|
| Bolagets namn | Organisationsnummer |
| Telefon | E-post |
| Ersättningen betalas ut till bankgironummer | |
| Assistansanordnaren har tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) | |
| Ja Nej | |

Underskrift

| | | |
|--|--------------|---------|
| <p>Vi har tagit del av kommunens 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 Åstorps kommun. Vi vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter, att utelämna något eller att inte meddela Åstorps kommun när uppgifterna vi lämnat förändras.</p> | | |
| 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