



Burlövs kommun

Socialförvaltningen

Box 53, 232 21 Arlöv

040-625 60 00, fax 040-43 39 98

burlovs.kommun@burlov.se

Ansökan om ersättning för utförd assistans

i samband med ordinarie assistents sjukfrånvaro

De lämnade uppgifterna dataregistreras enligt Personuppgiftslagen PUL §10. Dataregistret används för administration av vård & äldreomsorg och avgiftshantering. För information och rättelse i registret vänder man sig till adressen längst ned på blanketten

Allmänt

Kommunen är enligt 9 § 2 LSS skyldig att tillgodose behovet av assistans vid ordinarie assistents sjukdom. Denna ansökningsblankett avser endast sjuklönersättning. Ersättningen beräknas enligt sjuklönelagen och kollektivavtal och innefattar också sociala avgifter och semesterersättning. Efter utredning utbetalas ersättning för faktisk merkostnad inom 30 dagar efter att kommunen mottagit denna blankett.

Nedanstående uppgifter krävs vid ansökan om sjuklönersättning. Alla fält måste vara ifyllda. Redovisning av utförd assistans redovisas på medföljande bilaga.

Assistansberättigad

Namn

Personnummer

Postadress

Telefonnr

Assistansbeslut

Beslut enl SFB	Datum	Omfattning/v	Timersättning, kr

Ombud/uppgiftslämnare

Namn

Telefonnr

Assistansanordnare

Företagets namn och org.nr	Bank/postgironr
Postadress	Telefon
Datum för upprättande avtal med assistansberättigad	Uppgift om kollektivavtal/andra avtal som arbetsgivaren ingått

Insjuknad ordinarie assistent

Förnamn + första bokstaven i efternamnet			Lön (tim el mån)
Sjuklön	Semesterersättning	Sociala avgifter	Övriga avtalsbundna kostnader
Karensdag, datum	Sjukperiod från-till	Antal timmar med vik *)	Varav tim med ob/jourtillägg *)

*) Specificeras på bilaga

Yrkat belopp (ifylls av assistansberättigad/ombud)

Belopp

Ort/datum

Underskrift av assistansberättigad/ombud

Namnförtydligande



Fullmakt

Assistansberättigad (namn)	Personnummer
Utdelningsadress	Postnr/ort
E-postadress	Telefon inkl riktnr

Härmed ger jag fullmakt åt nedanstående person att vid sjukfrånvaro hos ordinarie personlig assistent, hos kommunen ansöka om insats enligt 9 § 2 LSS i form av biträde av personlig assistent (dvs att kommunen tillhandahåller en vikarie) eller ersättning för skäligen kostnader för personlig assistans till den del behovet inte täcks av beviljad assistansersättning (täckning för merkostnader som uppstått i samband med sjukfrånvaron). Ombudet ges fullmakt att motta sådan ersättning från kommunen.

Ombud

Namn	Telefon inkl riktnr
Postadress	Postnr/Ort

Kommun

Namn	Förvaltning	Telefon inkl riktnr
Postadress	Postnr/Ort	

Underskrift av assistansberättigad

Ort/datum-----
Namnteckning-----
Namnförtydligande

Bevittnas

Namnteckning	Namnteckning

Namnförtydligande-----
Namnförtydligande

Fullmakten ska medfölja blankett "Ansökan om ersättning för utförd assistans i samband med ordinarie assistents sjukfrånvaro"