

Allmänt

Kommunen är enligt 9 § 2 LSS skyldig att tillgodose behovet av assistans vid ordinarie assistents sjukdom. Denna ansökan avser endast merkostnader vid ordinarie assistents sjukdom i form av skäliga kostnader för personlig assistans. Ersättningen beräknas enligt sjuklönelagen och kollektivavtal och innefattar också sociala avgifter och semesterersättning. Vid bifallsbeslut utbetalas ersättning av faktiska merkostnader.

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

Assistansberättigad

För- och efternamn	Personnummer
Gatuadress, postnummer och ort	Telefonnummer

Assistansbeslut

Beslut enligt SFB	Datum	Omfattning/v	Timersättning, kr

Ombud/uppgiftslämnare

För- och efternamn	Telefonnummer
--------------------	---------------

Assistanssamordnare

Företagets namn	Organisationsnummer	Bank/postgironummer
Postadress	Telefonnummer	
Datum för upprättande avtal med assistansberättigad	Uppgift om kollektivavtal/andra avtal som arbetsgivaren ingått	

Insjuknad ordinarie assistent

Förnamn + första bokstaven i efternamnet		Lön (tim eller mån)	
Sjuklön	Semesterersättning	Sociala avgifter	Övriga avtalsbundna kostnader
Karensdag, datum	Sjukperiod fr.o.m. – t.o.m.	Antal timmar med vik *)	Varav tim med ob/jourttillägg *)

**) Specificeras på bilaga*

Yrkat belopp (ifylls av assistansberättigad/ombud)

Belopp, kr

Underskrift

Underskrift	
Namnförtydligande	Ansökningsdatum

De personuppgifter du lämnar på blanketten kommer att bli registrerade i kommunens datasystem och användas för ärendets behandling. Uppgifterna behandlas enligt dataskyddsförordningen. För mer information se:

www.burlov.se/personuppgifter.

Fullmakt

Assistansberättigad

För- och efternamn	Personnummer
Gatuadress	Postnummer och ort
E-postadress	Telefonnummer

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

För- och efternamn	Telefonnummer
Gatuadress	Postnummer och ort

Kommun

Namn	Förvaltning	Telefonnummer
Postadress		

Underskrift av assistansberättigad

Ort och datum	Namnteckning
	Namnförtydligande

Bevittnas

Namnteckning	Namnteckning
Namnförtydligande	Namnförtydligande

De personuppgifter du lämnar på blanketten kommer att bli registrerade i kommunens datasystem och användas för ärendets behandling. Uppgifterna behandlas enligt dataskyddsförordningen. För mer information se: www.burlov.se/personuppgifter.



Assistansberättigad

För- och efternamn	Personnummer
--------------------	--------------

Tiden anges i klockslag och sammanräknas i hundradelar, t ex 5 timmar 30 min = 5,5 timmar

Schemalagd tid för insjuknad assistent						Utförd tid av vikarie					
Datum	Förnamn + 1:a bokst. i efternamn	Tjg. fr.o.m.-t.o.m.	Ant. tim	OB	Jour	Datum	Förnamn + 1:a bokst. i efternamn	Tjg fr.o.m. - t.o.m	Ant. tim	OB	Jour

Utförd assistanstid under ordinarie assistents sjukfrånvaro		
Summa	Varav OB	Varav jour

Uppgiftslämnare

Datum	Namnunderskrift	Namnförtydligande
-------	-----------------	-------------------

Bestyrkande

Jag har fått assistans under ordinarie persons sjukfrånvaro i den omfattning som redovisas ovan.		
Datum	Namnunderskrift	Namnförtydligande

De personuppgifter du lämnar på blanketten kommer att bli registrerade i kommunens datasystem och användas för ärendets behandling. Uppgifterna behandlas enligt dataskyddsförordningen. För mer information se: www.burlov.se/personuppgifter.

Ansökan med bilaga skickas till:

Burlövs kommun
Socialförvaltningen
Box 53
232 21 Arlöv