



ANSÖKAN OM UTBETALNING AV EKONOMISKT STÖD

Enligt 9 § 2 LSS för merkostnader vid ordinarie assistents sjukfrånvaro

Personuppgifter i ansökan behandlas i enlighet med Dataskyddsförordningen (GDPR). När du skickar in en handling till Kungsbacka kommun registreras det som allmän handling och dina personuppgifter sparas för att kunna hantera ärendet. Läs mer om dataskydd och hur vi hanterar dina personuppgifter på www.kungsbacka.se/dataskydd

Personuppgifter på assistansberättigad

Namn	Personnummer
E-postadress	Telefon

Assistanssamordnare/legal företrädare/ombud

Företagets namn	Organisationsnummer
Adress	Telefon
Postadress	Kontaktperson hos utförare
E-postadress	Kontonummer för utbetalning

Fullmakt

<input type="checkbox"/> Bifogas <input type="checkbox"/> Tidigare insänt

Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent, namn	Personnummer
Sjukperiod, datum och klockslag	Karens, datum

Vikarier under sjukperioden, namn	Vikarieperiod, datum och klockslag

Blanketten skickas till:
Kungsbacka kommun
Funktionsstödsenheten
434 81 Kungsbacka

Besöksadress:
Storgatan 37

Telefon
0300-83 40 00
Fax
0300-83 49 10

indiv. familjeomsorg@kungsbacka.se
www.kungsbacka.se

Bilagor

- Lönespecifikation/kopia av löneutbetalningen för ordinarie assistent
- Lönespecifikation/kopia av löneutbetalningen för vikarierande assistent
- Underskriven tidsrapport/kopia tidsredovisning för sjukperioden för ordinarie assistent
- Underskriven tidsrapport/kopia tidsredovisning för sjukperioden för vikarierande assistent
- Sjukfrånvarorapport som styrker ordinarie assistents sjukfrånvaro
- Kopia av läkarintyg för ordinarie assistent från åttonde kalenderdagen
- Sammanställning av yrkat belopp som visar att faktiska merkostnader finns

Styrkande av merkostnadens storlek

Aktuellt kollektivavtal

Ordinarie personlig assistents lön,
kronor per timme eller månad

Utbetald sjuklön, kronor per timme

Semesterersättning under
sjuklöneperioden, kronor per timmeSociala kostnader under
sjuklöneperioden, kronor per timme

Övriga kollektivavtalsbundna kostnader

- Bifogas beskrivning av övriga kollektivavtalsbundna kostnader

Underskrift

Datum

Namnförtydligande

Underskrift

Blanketten skickas till:

Kungsbacka kommun
Funktionsstödsenheten
434 81 Kungsbacka