

Ank. datum

Sjuklönersättning vid ordinarie personlig assistents sjukfrånvaro

Ansökan om ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS i samband med ordinarie personlig assistents sjukfrånvaro.

Uppgifter om den assistansberättigade

Namn	Personnummer
Telefonnummer	E-post
Namn på ev. god man/förvaltare	Telefonnummer till ev. god man/förvaltare

Uppgifter om assistanssamordnare eller ombud

Namn på assistanssamordnare	Organisationsnummer/personnummer
Adress	Postnummer och ort
Telefonnummer	E-post
Ersättning utbetalas till Pg/Bg	Ev. referensnummer hos assistanssamordnare
Fullmakt <input type="checkbox"/> Bifogas <input type="checkbox"/> Tidigare insänd <input type="checkbox"/>	

Sammanställning av merkostnader vid sjukfrånvaro

Totalt antal timmar sjukfrånvaro (inkl. karensdagen)	Totalt ansökt belopp
Sjukperioden (datum fr.o.m. – t.o.m.)	Karensdag (datum och antal timmar)



Namn på ordinarie personlig assistent	Personnummer ordinarie personlig assistent
Ordinarie assistents ordinarietimlön (kronor/timme)	Utbetald semesterersättning (procent)
Utbetald jourersättning (totalt i kronor)	Utbetald ob-ersättning (totalt i kronor)
Utbetald ersättning fr.o.m. dag 15 (totalt i kronor)	
Sociala avgifter (procent)	Avtalsbundna kostnader i procent

Bilagor (obligatoriskt)

- Läkarintyg för ordinarie personlig assistent, från och med den 8:e sjukdagen.
- Lönespecifikation för ordinarie personlig assistent.
- Tidrapport för sjukperioden – ordinarie personlig assistent.
- Tidrapport för sjukperioden – vikarierande assistent.
- Sammanställning (sjuklista) över ordinarie assistents sjukvikarier med datum och tidsangivelse

Ovanstående uppgifter intygas på heder och samvete

Underskrift assistansberättigad/ ombud/ god man/ förvaltare	Namnförtydligande	Datum och ort
--	-------------------	---------------

Blanketten skickas till:

Utredningsenheten LSS/SoL
Box 348 40
701 35 Örebro