

Lev.ID (ifylls av kommunen)
-----------------------------

## Utbetalning av habiliteringsersättning Anmälan om betalningsmottagares bankkonto

Fyll i nedanstående fält, vänligen texta. Ifylld blankett skickas till:  
Örebro kommun, Ersättningsfrågor Sov, Box 300 45, 701 35 Örebro

Kontoinnehavare (**OBS! Deltagaren i daglig verksamhet**)

<i>Förnamn</i>	<i>Efternamn</i>
<i>Gatuadress</i>	
<i>Postnummer</i>	<i>Ort</i>
<i>Födelsenummer, 6 siffror</i>	
Bankkontonummer <b>inklusive</b> clearingnummer	
<i>Clearingnummer</i>	<i>Kontonummer</i>
<i>Bankens namn</i>	

Jag, som deltagare i Daglig verksamhet, eller legal företrädare (ex. God Man eller Förvaltare), godkänner att habiliteringsersättningen sätts in på ovanstående konto.

Datum.....Namnteckning.....

Namnförtydligande..... Telefon.....

Pengarna sätts in på ovanstående bankkontonummer som **ska tillhöra deltagaren i Daglig verksamhet**.

Kontoinnehavaren kontrollerar att pengarna kommer in på kontot inom rimlig tid. På kontoutdrag **framgår det inte** att det är Örebro kommun/förvaltning som är betalningsavsändare. Kontoinnehavarens namn, adress, födelsedatum och kontonummer registreras och är synligt i kommunens leverantörsregister.

Saknas bankkontonummer till betalningsmottagaren kommer utbetalningen ske via ett utbetalningskort. I detta fall tillkommer en inlösningsavgift som betalningsmottagaren får stå för. Vid byte av bank eller kontonummer ansvarar kontoinnehavaren eller företrädare för att anmäla förändring.