



Socialkontoret
Myndighet och bistånd

Begäran om tillfällig utökning av personlig assistans i samband med ordinarie personlig assistents sjukfrånvaro enligt LSS 9 § 2 p.

Den assistansberättigades namn	Personnummer	Telefonnummer/e-postadress
Legal företrädare	Uppdrag (t.ex god man)	
Telefonnummer	E-postadress	

Uppgifter om assistansanordnaren

Assistansanordnare	
Adress, postnr och ort	Telefonnummer
Ersättning utbetalas till Pg/Bg	Organisationsnummer

Styrkande av intäkt

Scablonersättning (kr/timme)	Beviljad insats per 6 månader (timmar)
------------------------------	--

Fullmakt (att assistansanordnaren företräder brukaren avseende underlag som styrker merkostnad)

- Bifogas
 Tidigare insänt

Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent (namn)	Anställningsnummer	Personnummer
--------------------------------------	--------------------	--------------

Sjukperiod från och med - till och med (datum/klockslag/timmar)	Karensdag (datum/timmar)
---	--------------------------



Socialkontoret
Myndighet och bistånd

Styrkande av merkostnads storlek

Ange aktuellt kollektivavtal
Ordinarie personlig assistents lön kronor/timme
Utbetald sjuklön – kronor/timme
Utbetald semesterersättning under sjuklöneperiod – kronor/timme
Utbetalda sociala kostnader under sjuklöneperioden – kronor
Övriga utbetalda avtalsbundna kostnader – kronor

Bifogas

- Kopia av löneutbetalning – ordinarie personlig assistent
- Tidsredovisning till försäkringskassan/kommunen – ordinarie personlig assistent och vikarie
- Beskrivning av övriga kostnader reglerade eller föranledda av kollektivavtal

Att ovanstående uppgifter är riktiga intygas härmed

Datum och ort

Underskrift assistansberättigad
eller legal företrädare

Namnförtydligande

För förtydligande av ovanstående begärda uppgifter – se SKL cirkulär 2006:39

Ansökan skickas till:

Strängnäs kommun
Myndighet och bistånd
645 80 Strängnäs