



SÄTERS KOMMUN

Ansökan om ersättning för personlig assistans enligt 9 § 2 LSS

Period

Ansökan avser period (ange år och månad)

Den assistansberättigade

Namn	Personnummer
------	--------------

Legal företrädare/ombud

Företagets namn		Organisationsnummer
Adress	Postnummer	Ort
Telefon		E-post
Kontaktperson		

Fullmakt

Schema

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

Kollektivavtal

Ange kollektivavtal

Ersättning utbetalas till

Konto (ange nedan) Bankgiro (ange nedan) Plusgiro (ange nedan)

Referens vid utbetalning

Ange referens



SÄTERS KOMMUN

Ansökan om ersättning för personlig assistans enligt 9 § 2 LSS

Ersättning för utförd personlig assistans för perioden

Fyll i nedanstående fält med de uppgifter som ni ansöker om ersättning för. Vid beräkning av summan ska arbetsgivaravgifter och semesterersättning inkluderas.

	Antal timmar (ange med två decimaler)	Ersättning kronor/timme (ange med två decimaler)	Arbetsgivaravgifter (ange i procent med två decimaler)	Semesterersättning (ange i procent med två decimaler)	Summa ersättning i kronor (ange två decimaler)
Utförd assistans		275,63	-----	-----	
Obekväm arbetstid (OB) Kväll					
OB Natt					
OB Helg					
OB Storhelg					
Jour/Väntetid					
Total ersättning för utförd assistans (ange två decimaler)					

Underskrifter av sökande/ombud

Ort och datum	
Namn-teckning, den sökande	Namnförtydligande

Instruktioner

Ansökan om ersättning för personlig assistans bifogas fakturan och skickas till:

Sätters kommun
Lena Lorenz
Box 300
783 27 Säter

Till ansökan ska Försäkringskassans tidsredovisning för personliga assistenter bifogas.

Vid frågor kontakta:
Lena Lorenz, Verksamhetschef Funktionsnedsättning
0225-550 93
lena.lorenz@sater.se