|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | | | | | | | | |
|  | | Bifogas | | | | | | |
|  | | Tidigare insänt | | | | | | |
| **Kollektivavtal** | | | | | | | | |
| Ange kollektivavtal | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Ersättning utbetalas till** | | | | | | | | |
|  | Konto (ange nedan) | |  | Bankgiro (ange nedan) | |  | | Plusgiro (ange nedan) |
|  |  | |  |  | |  | |  |
| **Referens vid utbetalning** | | | | | | | | |
| Ange referens | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Uppgifter om ytterligare ersättning**  Beskriv varför ersättningen inte beräknas täcka kostnaderna för personlig assistans. Bifoga underlag som styrker merkostnaderna. |
|  |
| **Underskrifter av sökande/ombud** |

|  |  |
| --- | --- |
| Ort och datum | |
|  | |
| Namnteckning, den sökande | Namnförtydligande |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Instruktioner** |
| Ansökan om ytterligare ersättning för personlig assistans och skickas till:  Säters kommun  Åsa Eriksson  Box 300  783 27 Säter |
| Vid frågor kontakta:  Åsa Eriksson, verksamhetschef Funktionsnedsättning  0225-550 93  asa.eriksson@sater.se |