|  |
| --- |
| **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 kommunÅsa ErikssonBox 300783 27 Säter |
| Vid frågor kontakta:Åsa Eriksson, verksamhetschef Funktionsnedsättning0225-550 93asa.eriksson@sater.se |