



SVEDALA KOMMUN

Ansökan om ersättning för merkostnad vid ordinarie assistents sjukdom/sjukfrånvaro (LSS § 9:2)

Assistansberättigad

Förnamn:	Efternamn:	Personnummer:
Adress:	Postadress:	Telefonnummer/e-post:

Assistansanordnare

Namn:		Organisationsnummer:	
Adress:	Postadress	Telefonnummer / e-postadress:	
Tillståndsbevis från IVO:	Bifogas ansökan <input type="checkbox"/>	Är tidigare insänt: <input type="checkbox"/>	
Fullmakt att ansöka om merkostnader:	Bifogas ansökan <input type="checkbox"/>	Är tidigare insänt: <input type="checkbox"/>	
Avtal med den assistansberättigade giltigt:	Från datum:	Till datum:	
Försäkringskassans fullständiga beslut om beviljad assistanstid:	Bifogas ansökan <input type="checkbox"/>	Är tidigare insänt: <input type="checkbox"/>	

Styrkande av merkostnad:

Ordinarie personlig assistents sjukfrånvaro

Ordinarie assistents för- och efternamn:		Personnummer:	
Kollektivavtal:	Genomsnittlig arbetstid/vecka:	Genomsnittlig lön/vecka:	
Karensdag:	Karensdagsavdrag i timmar:	Karensdagsavdrag i kronor:	
Om karensdagsavdrag har gjorts på tidigare ansökan ange referens:		Antalet karensavdrag de senaste 12 månaderna är 10 och allmänt högriskskydd från Försäkringskassan tillämpas	<input type="checkbox"/>
Sjukfrånvaro datum:			
Sjukfrånvaro i timmar (inklusive karensdag):		Antal timmar av sjukfrånvaro som ersätts av vikarie:	



SVEDALA KOMMUN

Redovisning av lönekostnader för ordinarie assistent under sjukfrånvaron

	Antal timmar	Sjuklön kr/tim	Summa
Semesterersättning karensdag			
Semesterersättning dag 2-14			
Semesterersättning dag 15-180			
Sjuklön			
Sociala avgifter			
Kollektivavtalsbundna kostnader			
Summa yrkat belopp:			

Erforderliga bilagor

<input type="checkbox"/>	Anställningsavtal som är giltigt under perioden som ansökan för merkostnader avser		
<input type="checkbox"/>	Den ordinarie assistents planerade arbetschema innan sjukfrånvaron inföll		
<input type="checkbox"/>	Sjuk/vikarielista som visar vilka schemalagda pass som ersatts av vikarie		
<input type="checkbox"/>	Tidrapporter till Försäkringskassan (3059)	3059 används ej då ansökan avser ett kommunalt beslut om assistans	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Kopia på ordinarie assistents lönebesked		
<input type="checkbox"/>	Kopia på läkarintyg from 8:e sjukdagen		

Faktureringsanvisningar/meddelande om beviljat belopp skickas till:

Namn:	Adress:
Postadress:	E-post:

Underskrift

Underskrift samt datum	Namnförtydligande

Med underskrift intygas att ovanstående uppgifter är riktiga samt godkännande av registrering av personuppgifter.

Uppgiftslämnare

Namn:	Telefonnummer/e-post
-------	----------------------