



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"/> | 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 |
|-------|----------------------|