



ANSÖKAN OM KOSTNADER FÖR PERSONLIG ASSISTANS I ENLIGHET MED 9 § 2 LSS DÅ ORDINARIE ASSISTENT VARIT SJUK

Personuppgifter på assistansberättigad

Namn	Personnummer
Adress samt postadress	Telefon

Assistanssamordnare/legal företrädare/ombud

Företagsnamn	Organisationsnummer
Adress	Telefon

Postadress	Kontaktperson hos utförare
Epost	Ersättning utbetalas till (ange BG/PG konto)

Fullmakt

Bifogas Tidigare insänt

Ordinarie assistent (sjuk)

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

Sjukperiod	Karensdag	Karensavdrag (timmar)	Totala timmar	Varav ersatta med vikarie	Lön (tim)
------------	-----------	-----------------------	---------------	---------------------------	-----------

KOMMENTARSRUTA

Yrkat belopp	REF nr
--------------	--------

Underskrift assistansbolag med namnförtydligande/ Ort och datum

Bilagor

Lönespecifikation/kopia av löneutbetalningen för ordinarie assistent Underskriven tidsrapport/kopia tidsredovisning för sjukperioden för ordinarie assistent Underskriven tidsrapport/kopia tidsredovisning för sjukperioden för vikarierande assistent Kopia av läkarintyg för ordinarie assistent från åttonde kalenderdagen Beräkningsunderlag dag 1-14 (15-180) Fakturabild bifogas
--

Ansökan skickas till:

Kristianstad Kommun
Omsorgsförvaltningen
Ekonomienheten/Sjuklön
291 80 Kristianstad

Observera nedan

Enbart en ansökan per sjukdomstillfälle

Kommunen behöver få in en ansökan med kompletta uppgifter och underlag som styrker att merkostnader har uppstått för att kunna behandla ärendet. Saknas något skickas ansökan tillbaka för komplettering.