

Ansökan om ekonomiskt stöd för merkostnad vid ordinarie assistents sjukdom enligt LSS 9 § 2

Uppgifter om sökande

Namn	Personnummer
Adress	Tfn bostad
Postadress	Tfn mobil
Ombud (vid förekomst bifogas fullmakt)	Tfn ombud
Assistansanordnare (vid förekomst bifogas fullmakt)	Tfn anordnare och referens
Ersättning utbetalas till konto (ange konto, bank-eller postgironummer)	E-post anordnare/referens

Uppgifter om ordinarie sjuk assistent

Namn	Sjukdomsperiod (datum from-tom)	Totalt antal timmar (aktuell sjukperiod)	Aktuell lön, kr/tim	Kollektivavtal

Periodens sjuklönekostnader, ordinarie assistent

Karensavdrag	Antal timmar dag 1-14	Semester- ersättning Dag 1, kr	Utbetald lön Dag 2-14, kr 80 % lön inkl OB, sem ers, jour och beredskap	Sociala avgifter, kr Arb giv avg	Försäkringar, kr Inkl pensions- och avtalsförsäkring	Summa sjuklöne- kostnader

Följande underlag bifogas:

- Fullmakt – även om denna är bifogad vid tidigare tillfälle
- Kopia av lönespecifikation för ordinarie sjuk assistent
- Kopia av tidsredovisning till Försäkringskassan för anlitad vikare/vikarier
- Kopia av aktuellt schema

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga

.....
Ort och datum

.....
Underskrift

Ansökan skickas till:

Arvika kommun, 40 Biståndsavdelningen Vård och omsorg 671 81 Arvika **Telefon:** 0570-816 00

Arvika kommun hanterar dina personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordning och den svenska kompletterande lagen för dataskydd. För mer information om Arvika kommuns hantering av personuppgifter besök vår webbplats www.arvika.se/dataskydd.

Fullmakt

<i>Assistansberättigad (namn)</i>	<i>Personnummer</i>
<i>Adress (Utdelningsadress, postnummer och postort)</i>	<i>Telefon (även riktnr)</i>
<i>E-postadress</i>	

Härmed ger jag fullmakt åt nedanstående person att vid sjukfrånvaro hos ordinarie personlig assistent hos kommunen ansöka om insats enligt 9 § LSS i form av biträde av personlig assistent (dvs. att kommunen tillhandahåller en vikarie) eller ersättning för skäliga kostnader för personlig assistans till den del behovet inte täcks av beviljad assistansersättning (täckning för merkostnader som uppstått i samband med sjukfrånvaro). Ombudet ges fullmakt att mottaga sådan ersättning från kommunen.

Ombud

<i>Namn</i>	<i>Telefon (även riktnr)</i>
<i>Adress (Utdelningsadress, postnummer, postort)</i>	
<i>E-postadress</i>	

Kommun

<i>Namn</i>	<i>Förvaltning/avdelning</i>
<i>Adress (Utdelningsadress, postnummer, postort)</i>	<i>Telefon (även riktnr)</i>
<i>E-postadress</i>	

Underskrift av assistansberättigad

<i>Ort och datum</i>	<i>Namnteckning</i>
----------------------	---------------------

Bevittnas

<i>Namnteckning</i>	<i>Namnteckning</i>
<i>Namnförtydligande</i>	<i>Namnförtydligande</i>

Information till dig som assistansberättigad samt till det externa assistansbolag du har valt

Svenska kommunförbundets cirkulär (2006:36) handlar om kommunens ansvar vid sjukdom hos ordinarie assistent till den del behovet som inte täcks av beviljade assistanstimmar enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken.

I denna information hittar du vad som krävs för att en ansökan om ekonomiskt stöd till skäliga kostnader vid ordinarie assistens sjukfrånvaro ska kunna handläggas.

Fullmakt

Som brukare ska du ge fullmakt till din assistansanordnare som i sin tur ansvarar för att ansöka om insats enligt LSS 9 § 2 i form av ekonomisk ersättning för varje sjuklöneperiod.

Ansökan

Ansökan om merkostnader i samband med ordinarie assistents sjukdom ska vara skriftlig och ske på särskild ansökningsblankett.

Ansökan bör vara Arvika kommun tillhanda senast 2 månader efter aktuell sjuklöneperiod.

Ansökningsblanketten ska vara ifylld med alla efterfrågade uppgifter. Alla efterfrågade bilagor på blanketten ska bifogas med ansökan.

Handläggning

Ansökan kan komma att avslås om ansökan inte är komplett enligt ovan.

Om du inte är nöjd med beslutet, kan beslutet överklagas i allmän förvaltningsdomstol.

Ansökan skickas till:

Arvika kommun
40.Biståndsavdelningen
Vård och omsorg
671 81 Arvika