



Ansökan om tillfällig utökning av personlig assistent enligt 9 § 2 LSS vid ordinarie assistents sjukdom

Lämnade personuppgifter kommer att registreras i kommunens dataregister. Du har, enl. personuppgiftslagen, SFS 1998:204, rätt att 1 gång/år ta del av de uppgifter som finns i våra register och berör dig samt även begära rättelse av dessa. Begäran ska vara skriftlig.

Personuppgiftsansvarig är Kommunstyrelsen i Osby kommun, Västra Storgatan 35, 283 80 Osby.

Den assistansberättigades namn	Personnummer
Adress och postadress	Telefonnummer
Eventuell e-post	

Legal företrädare	Telefonnummer	Uppdrag
Adress och postadress	Fullmakt <input type="checkbox"/> Bifogas <input type="checkbox"/> Tidigare insänt	
Kontaktperson	E-post utförare	

Betalningsmottagare	Organisationsnummer/personnummer	
Bankgiro/kontonummer	Om konto – ange clearingnr	Om konto – ange bankens namn

Styrkande av ordinarie assistents kostnad för sjuklön där frånvaron ersatts med vikarie

Ordinarie assistent	Personnummer		
Sjukperiod för ordinarie assistent	Antal timmar	Karensdag (datum)	Antal timmar
Period ersatta med vikarie	Antal timmar	Gällande kollektivavtal	

Lönekostnader för ordinarie assistent	Antal timmar	Sjuklön kr/tim	Summa ersättning
Karensdag *			kr
Semesterersättning under karensdag			kr
Sjuklön dag 2-14			kr
Semesterersättning dag 2-14			kr
OB- och jourtillägg			kr
Sociala avgifter			kr
Försäkringar och pensionspremier			kr
SUMMA			kr

* Gäller kollektivavtal KFO, d v s där ersättning överstigande 8 timmar utgår till den anställde. **Bifogas:**

- Sjuklista/vikarielista som visar vilka pass som varit bemannade och vilka som arbetat dessa pass
- Tidrapport till Försäkringskassan för berörda assistenter
- Ordinarie personal alternativt motsvarande information om tidrapport till FK inte finns (till exempel om ordinarie assistent inte arbetat hela månaden eller vid kommunalt beslutat assistans)
- Kopia på löneutbetalning – ordinarie assistent och vikarierande assistent
- Sammanställning på yrkat belopp som visar att faktisk merkostnad finns
- Vid sjukdom dag 7 – 14 ska läkarintyg bifogas

Härmed intygas att ovanstående uppgifter är riktiga och den ordinarie assistenten är berättigad till sjuklön

Datum	Underskrift av den assistansberättigade eller ombud	Namnförtydligande
-------	---	-------------------