

Vård- och omsorgsförvaltningen

Begäran skickas till:
Katrineholms kommun
Vård- och omsorgsförvaltningen
Medborgarfunktionen
641 80 KATRINEHOLM

Begäran om tillfällig utökning av personlig assistans i samband med ordinarie personlig assistents sjukfrånvaro enligt LSS 9 § 2 p.**Uppgifter om den assistansberättigade**

Den assistansberättigades namn	Personnummer	Telefonnummer/E-post
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Juridisk företrädare	Uppdrag (ex. god man)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefonnummer	E-postadress	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Uppgifter om assistansanordnaren

Assistansanordnare	
<input type="text"/>	
Adress, postnr och ort	
<input type="text"/>	
Telefonnummer	
<input type="text"/>	
Ersättning utbetalas till PG/BG	Organisationsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Styrkande av intäkt

Schablonersättning (kr/timme)	Beviljad insats per 6 månader (timmar)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fullmakt (att assistansanordnaren företräder brukaren avseende underlag som styrker merkostnad)

- Bifogas
 Tidigare insänt

Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent (namn)	Anställningsnummer	Personnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sjukperiod fr.o.m. – t.o.m. (datum/klockslag/timmar)	Karensdag (datum/timmar)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Vikarie under sjukperioden (namn)

Vikarieperiod (datum/timmar)

Vikarie under sjukperioden (namn)	Vikarieperiod (datum/timmar)

Styrkande av merkostnads storlek

Ange aktuellt kollektivavtal

Ordinarie personlig assistents lön – kronor/timme

Utbetald sjuklön – kronor/timme

Utbetald semesterersättning under sjuklöneperioden – kronor/timme

Utbetalda sociala kostnader under sjuklöneperioden – kronor

Övriga utbetalda avtalsbundna kostnader - kronor

Bifogas

- Sjukfrånvaroanmälan
- Kopia av löneutbetalning – ordinarie personlig assistent och vikarie
- Tidsredovisning till försäkringskassan – ordinarie personlig assistent och vikarie
- Sammanställning av yrkat belopp som visar att merkostnad finns gentemot erhållen ersättning från försäkringskassan eller kommunen
- Beskrivning av övriga avtalsbundna kostnader

Att ovanstående uppgifter är riktiga intygas härmed

--	--	--

Underskrift assistansberättigad eller juridisk företrädare

Namnförtydligande

Datum och ort

För förtydligande av ovanstående begärda uppgifter - se SKR:S cirkulär 2006:39 *Kommunernas ansvar vid sjukdom hos ordinarie personlig assistent*.

Vi behandlar personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR).
Mer information finns på katrineholm.se/personuppgifter.