# Ansökan

Om ekonomiskt stöd för skäliga kostnader
vid ordinarie assistents sjukdom

Ansökan enligt 9 §§ 2 LSS om ekonomiskt stöd för skäliga kostnader vid ordinarie personlig assistents sjukdom skall göras av den enskilde för varje tillfälle den ordinarie assistenten är sjuk.
Se separat rutin gällande vilka underlag som skall bifogas ansökan. Ansökan kan endast hanteras när den är komplett.

Regionens skyldighet är att svara för den faktiska merkostnad som uppstått vid ordinarie assistents sjukfrånvaro.

| | |
|---|---|
| Den assistansberättigades namn | Personnummer |
| Adress och postadress | Telefonnummer |
| E-post | |

| | | |
|---|---|---|
| Legal företrädare/namngivet ombud enligt fullmakt | Telefonnummer | ☐ Fullmakt bifogas<br>☐ Insänt tidigare |
| E-post till företrädare/ombud | Kontaktperson hos utförare | E-post till utförare |

| | |
|---|---|
| Ersättning utbetalas till kontonummer | Referensnummer |

Dina personuppgifter kan behöva lagras hos Region Gotland på legala grunder. För att få veta närmare hur Region Gotland behandlar personuppgifter se www.gotland.se/personuppgifter där det även finns anvisningar om hur du kan ta del av dina personuppgifter.

**Ansökan skickas till**
Socialförvaltningen
Funktionshinderenheten
Visborgsallén 19
621 81 Visby

## Styrkande av uppkommen merkostnad

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ordinarie personlig assistent (Namn) | Personnummer | Anställningsnummer | Grundlön kr/timme |
| Sjukperiod för ordinarie personlig assistent (datum) | Karensdag (datum) | Kollektivavtal | |

**Arbetstider redovisas separat i Excell filen ”Sammanställning sjuklista”.**

## Sammanställning- styrkande av merkostnadens storlek

För förtydligande av begärda uppgifter, se SKL cirkulär 2006:39

| **Ordinarie personal** | **Timmar** | **Kr/tim** | **Summa** |
|---|---|---|---|
| Semesterersättning under karensdag | | | |
| Sjuklön exkl. semesterersättning dag 2-14 | | | |
| Semesterersättning 2-14 | | | |
| Semesterersättning dag 15-90 | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| OB Kväll vid sjukdom | | | |
| OB Natt vid sjukdom | | | |
| OB Helg vid sjukdom | | | |
| OB Storhelg vid sjukdom | | | |
| Jour/beredskap vardag vid sjukdom | | | |
| Jour/beredskap helg vid sjukdom | | | |
| | | **Summa OB- ersättning +jour** | |
| **Försäkringsavgift i %** | | **Belopp** | |
| **Sociala avgifter i %** | | **Belopp** | |
| | | **Totalt belopp** | |

| Redovisade timmar till FK för utförs assistans under sjukperioden | Kr/tim | Timmar | Summa |
|---|---|---|---|
| | | | |

**Att ovanstående uppgifter är riktiga intygas härmed samt att jag godkänner registrering av personuppgifter**

| Datum | Underskrift av den assistansberättigade eller ombud samt namnförtydligande |
|---|---|
| | |