

Om ekonomiskt stöd för skäliga kostnader
vid ordinarie personlig 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 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			
Belopp			
Totalt belopp			

Försäkringsavgift i %	Sociala avgifter i %
-----------------------	----------------------

Redovisade timmar till FK för utförd 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
-------	--