



# STRÄNGNÄS KOMMUN

Socialkontoret  
Myndighetsutövning funktionsstöd

## Begäran om ekonomisk ersättning för merkostnad vid ordinarie assistents sjukfrånvaro enligt LSS 9 § 2 LSS

Den assistansberättigades namn	Personnummer	Telefonnummer/e-postadress
Legal företrädare	Uppdrag (t.ex god man)	
Telefonnummer	E-postadress	

### Uppgifter om assistansanordnaren

Assistansanordnare	
Adress, postnr och ort	Telefonnummer
Ersättning utbetalas till Pg/Bg	Organisationsnummer

### Styrkande av intäkt

Scablonersättning (kr/timme)	Beviljad insats per 6 månader (timmar)
------------------------------	--

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

- Bifogas  
 Tidigare insänt

### Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent (namn)	Anställningsnummer	Personnummer
--------------------------------------	--------------------	--------------

Sjukperiod från och med - till och med (datum/klockslag/timmar)	Karensdag (datum/timmar)
---	--------------------------



# STRÄNGNÄS KOMMUN

Socialkontoret  
Myndighetsutövning funktionsstöd

## Styrkande av merkostnads storlek

Ange aktuellt kollektivavtal
Ordinarie personlig assistents lön kronor/timme
Utbetald sjuklön – kronor/timme
Utbetald semesterersättning under sjuklöneperiod – kronor/timme
Utbetalda sociala kostnader under sjuklöneperioden – kronor
Övriga utbetalda avtalsbundna kostnader – kronor

## Bifogas

- Kopia av löneutbetalning – ordinarie personlig assistent
- Tidsredovisning till Försäkringskassan/kommunen – ordinarie personlig assistent och vikarie
- Beskrivning av övriga kostnader reglerade eller föranledda av kollektivavtal

## Att ovanstående uppgifter är riktiga intygas härmed

Datum och ort .....

Underskrift assistansberättigad  
eller legal företrädare .....

Namnförtydligande .....

För förtydligande av ovanstående begärda uppgifter – se SKL cirkulär 2006:39

### Ansökan skickas till:

Strängnäs kommun  
Myndighetsutövning funktionsstöd  
645 80 Strängnäs