

**Ansökan om sjuklönersättning vid
personlig assistents sjukdom**



Laxå kommun
Biståndshandläggare LSS
Postgatan 2-4
695 80 Laxå

**Ansökan om ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS i samband med ordinarie personlig
assistents sjukfrånvaro**

Uppgifter om den insatsberättigade

Insatsberättigades namn		Insatsberättigades personnummer	
Adress		Postnummer	Ort
Telefon	Mobil		
E-post			
Namn ev. god man		Telefon/mobil	

Assistansanordnare/ombud

Namn		Personnummer/organisationsnummer	
Adress		Postnummer	Ort
Telefon	Mobil		
E-post			
Pg/Bg för utbetalning av ersättning		Referensnummer hos assistansanordnaren	

Fullmakt

- Bifogas Redan skickat till kommunen

Merkostnader vid sjukfrånvaro, Sammanställning

Namn: ordinarie personlig assistent		Personnummer: ordinarie assistent	
Ansökan för sjukperioden fr.o.m. t.o.m.		Datum för karensdag	
Utbetald semesterersättning under sjukperioden kr/tim		Utbetald sjuklön under sjukperioden kr/tim	
Utbetald PO under sjukperioden kr/tim (sociala avgifter, avtalsbundna kostnader och försäkringar)			
Totalt antal timmar		Totalt belopp som ansöks	

Uppgifterna behandlas enligt PUL

Obligatoriska bilagor

- Uppgifter om den som varit sjuk.
- Kopia på sjukfrånvaroenmälan och/eller kopia av inlämnad tidsrapport till försäkringskassan. Denna ska vara underskriven av den assistent som varit sjuk samt av den assistansberättigade/ombud. I sjukfrånvaroenmälan ska datum och arbetstid framgå samt karensdag.
- Tidsrapport för perioden/månaden från ordinarie personlig assistent och uppgifter om vikarie.
- Den assistansberättigade/ombud måste intyga att vikarie har varit tillsatt under de timmar som ordinarie assistent har varit sjuk. Om ingen vikarie har satts in har ingen merkostnad uppstått.
- Den ordinarie assistentens lönespecifikation ska lämnas för att kommunen ska kunna kontrollera att tidigare utbetalda ersättningar är korrekta i förhållande till lagstiftning.
- Uppgift på storlek på utbetald semesterersättning under sjuklöneperioden.
- Uppgift om storlek på utbetalda sociala avgifter, avtalsbundna kostnader, försäkringar.
- Angivande av vilket kollektivavtal (eller i förekommande fall annat avtal mellan arbetsgivare och arbetstagarer) som arbetsgivaren är bunden av

Jag intygar på heder och samvete att samtliga ovanstående uppgifter är korrekt och att jag godkänner dataregistrering enligt PUL § 10 och att dessa får användas för administration och avgiftshantering.

Fullmaktsgivare

Namnförtydligande

Underskrift

Ort:

Datum: