



Ansökan om utbetalning för merkostnad vid assistents sjukdom enligt 9 § 2 LSS

Den assistansberättigades namn	Personnummer
Legal företrädare/ombud namn	Telefonnummer
Adress och postadress	Fullmakt <input type="checkbox"/> Tidigare insänt <input type="checkbox"/> Bifogas
Ersättning utbetalas till konto	Referensnummer

Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie assistentens/assistenternas namn	Personnummer
Sjukperiod (datum)	Karensdag (datum)

Vikarierande assistentens/assistenternas namn	Vikarieperiod(datum)	Timplön	Antal timmar

Bifogas

- Sjukfrånvaroanmälan eller liknande uppgift som styrker den ordinarie assistentens frånvaro
- Kopia på löneutbetalning – ordinarie personlig assistent och vikarie, eller liknande uppgift som styrker på att kostnaderna är utbetalda
- Tidsrapport till Försäkringskassan – ordinarie assistent och vikarie
- Sammanställning som visar att faktisk merkostnad finns

Styrkande av merkostnadens storlek – Sammanställning

- *Ordinarie personal*

Ange aktuellt kollektivavtal	Timmar	Ord lön kr/tim	Sjuklön/tim	Summa
Sjuklön dag 2-14				
Semesterersättning dag 2-14				
Karensdag				
Semesterersättning under karensdag				
Försäkring				
Sociala kostnader				
Övriga kollektivavtalsbundna kostnader				
				Totalt

- *Vikarie*

	Timmar	kr/tim	Summa
Lön dag 2-4			
Semesterersättning dag 2-4			
Lön karensdag			
Semesterersättning karensdag			
Försäkring			
Sociala kostnader			
Övriga kostnader			
			Totalt

Ovanstående uppgifter är riktiga, härmed intygas samt godkänns registrering av personuppgifter:

Ort	Datum
Namn-teckning	Namnförtydligande

Fakturaadress:
Mölnåls Stad
GEM
431 82 Mölnåls