



Omsorgsförvaltningen  
Sandvikens kommun  
Hamngatan 12  
811 80 Sandviken

## Ansökan om utbetalning av ekonomiskt stöd enligt 9 § 2 LSS

Alla fält nedan måste vara ifyllda vid ansökan om sjuklöneersättning.  
Redovisning av utförd assistans lämnas på nästa sida.

### Assistansberättigad

Namn	Personnummer	E-post
.....	.....	.....
Postadress, postnummer och ort	Telefonnummer	
.....	.....	

### Assistansbeslut

SFB-beslut	Datum	Omfattning tim/vecka	Timersättning, kr
.....	.....	.....	.....

### Fullmakt

Bifogas <input type="checkbox"/>	Tidigare inskickat <input type="checkbox"/>
----------------------------------	---

### Yrkat belopp (fylls i av assistansberättigad eller ombud)

Summa
.....

Datum	Namnunderskrift av assistansberättigad eller ombud	Namnförtydligande
.....	.....	.....

### Assistansanordnare

Företagets namn	Organisationsnummer	Bank-/plusgironummer	Telefon inkl riktnr
.....	.....	.....	.....
Företagets adress	Datum för upprättat avtal	Kollektivavtal med – andra avtal	
.....	.....	.....	

### Medgivande

<input type="checkbox"/> Ja, sökande/ombud medger att nödvändiga handlingar, intyg mm får inhämtas och utlämnas
---

### Assistansberättigad

Namn	Personnummer
.....	.....

### Insjuknad ordinarie assistent

Namn	Lön (tim eller månadslön)	Sjuklön/tim
.....	.....	.....
Semesterersättning (%)	Sociala avgifter (%)	Övriga kostnader enl avtal (%)
.....	.....	.....
Karensdag, datum	Sjukperiod, fr o m-t o m	Antal tim med vik
.....	.....	.....
		Varav tim med OB-/jour tillägg
.....	.....	.....

### Schemalagd tid för insjuknad assistent Utförd av vikarie

Datum	Namn	Tjänstg Fr - tom	Antal Timmar	OB	Jour	Datum	Namn	Tjänstg Fr - tom	Antal Timmar	OB	Jour

### Utförd assistanstid under ordinarie assistents sjukfrånvaro

Summa	Därav OB	Därav jour
.....	.....	.....

### Bifogas

<input type="checkbox"/>	Sjukfrånvar oanmälan eller annan uppgift som styrker ordinarie assistents sjukfrånvaro
<input type="checkbox"/>	Kopia på löneutbetalning – ordinarie personlig assistent och vikarie
<input type="checkbox"/>	Tidrapport till Försäkringskassan - ordinarie personlig assistent
<input type="checkbox"/>	Sammanställning av yrkat belopp som visar att merkostnad finns

### Uppgiftslämnare

### Bestyrkes

Namnunderskrift	Jag har fått assistans under ordinarie persons sjukfrånvaro i omfattning som redovisas här
.....	.....
Namnförtydligande och tjänsteställe	Namnförtydligande
.....	.....