**Begäran Sänds till:**

Östhammars kommun

Box 36

742 21 ÖSTHAMMAR

Datum …………………..

Begäran om utbetalning av ekonomiskt stöd

Enligt 9 § 2 LSS för merkostnader vid ordinarie assistents sjukfrånvaro

Personnummer på individen som är berättigad till assistans

|  |  |
| --- | --- |
| Namn | Personnummer |
| E-post | Telefon |
| Assistansbeslut från | Timmar/vecka |  | Ersättning/timme | Assistansbeslut (datum) |

Assistansanordnare/legal företrädare/ombud

|  |  |
| --- | --- |
| Företagets namn | Organisationsnummer |
| Adress | Telefon |
| Postadress | Kontaktperson hos utförare |  |

Fullmakt

|  |  |
| --- | --- |
|  Bifogas | Tidigare insänt |

Styrkande av uppkommen merkostnad

|  |  |
| --- | --- |
| Ordinarie assistent, namn | Personnummer |
| Sjukperiod, datum och klockslag | Karens, datum |

Bilagor

|  |
| --- |
| Lönespecifikation/kopia av löneutbetalning för ordinarie assistentLönespecifikation/kopia av löneutbetalning för vikarierande assistentUnderskriven tidrapport/kopia tidsredovisning för sjukperioden för ordinarie assistentUnderskriven tidrapport/kopia tidsredovisning för sjukperioden för vikarierande assistentSjukfrånvarorapport som styrker ordinarie assistents sjukfrånvaroKopia av läkarintyg för ordinarie assistent från femtonde kalenderdagenSammanställning av yrkat belopp som visar att faktiska merkostnader finns |

 Styrkande av merkostnadens storlek

|  |
| --- |
| Aktuellt kollektivavtal |
| Ordinarie assistents lön, kronor per timme eller månad | Utbetald sjuklön, kronor per timme | Semesterersättning under sjuklöneperioden, kronor per timme | Sociala kostnader under sjuklöneperioden, kronor per timme |
| Övriga kollektivavtalsbundna kostnaderBifogas beskrivning av övriga kollektivavtalsbundna kostnader |

Underskrift

|  |  |
| --- | --- |
| Datum | Namnförtydligande |
| Underskrift |  |
| Underskrift, företrädare/ombud |  |

Vikarieperiod, datum och tid Vikarie under vikarieperioden, namn

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |