



**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)	
Ordinarie personals timlön			
Vikarierande assistentens/assistenternas namn	Vikarieperiod(datum)	Timlön	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
- Ordinarie personals schema
- Läkarintyg om sjukperiod överstiger 7 dagar

Tingsryds kommun kan komma att begära ytterligare uppgifter om det behövs för att ärendet ska bli utrett i den omfattning som dess beskaffenhet kräver.

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

Ort	Datum
Namn-teckning	Namnförtydligande

Fakturaadress:

Tingsryd kommun
Box 88
362 22 Tingsryd