



**ORSA KOMMUN**  
**Verksamhet Omsorg**

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

Den assistansberättigades namn	Personnummer
Adress och postadress	Telefonnummer
Ev e-post	

Legal företrädare/ombud namn	Telefonnummer	Uppdrag
Adress och postadress	Fullmakt <input type="checkbox"/> Bifogas <input type="checkbox"/> Tidigare insänt	
Kontaktperson hos utförare	E-post utförare	

Ersättning utbetalas till konto	Referensnummer
---------------------------------	----------------

**Styrkande av uppkommen merkostnad**

Ordinarie personlig assistent (namn)	Personnummer	Anställningsnummer
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum)	Karensdag (datum)	

Namn på vikarie under ord ass sjufrånvaro	Har arbetat datum	Klockslag	Ant tim	Timlön

**Bifogas**

- Sjukfrånvarooanmälan eller annan uppgift som styrker ordinarie assistents sjukfrånvaro.
- Kopia på löneutbetalning eller annan uppgift som styrker att kostnaderna är utbetalda-ordinarie personlig assistent och vikarie.
- Tidrapport till försäkringskassan - ordinarie personlig assistent och vikarie.
- Kompletta ifylld sammanställning som visar att faktisk merkostnad finns. (Styrkande av merkostnadens storlek, sid 2 .)

**Postadress:** Box 23, 794 21 Orsa **Besöksadress:** Lillågatan 2 **Telefon:** 0250-55 23 50

**Fax:** 0250-55 23 51 **E-post** omsorg@orsa.se

## Sammanställning – Styrkande av merkostnadens storlek

För förtydligande av begärda uppgifter, se SKL cirkulär 2006:39

Kollektivavtal

### Ordinarie personal

	Timmar	Ord lön kr/tim	Sjuklön kr/tim	Summa
Sjuklön dag 2-14				
Semesterersättning dag 2-14				
Semesterersättning dag 15-180				
Karensdag				
Semersättn under karensdag				
OB Kväll vid sjukdom				
OB Natt vid sjukdom				
OB Helg vid sjukdom				
OB Storhelg vid sjukdom				
Jour/beredskap vardag sjukdom				
Jour/beredskap helg sjukdom				
Försäkring				
Sociala avgifter				
			<b>Summa</b>	

### Vikarie

	Timmar	Vik lön kr/tim	Summa
Lön karensdag			
Semesterersättning karensdag			
Lön dag 2-14			
Semesterersättning dag 2-14			
Semesterersättning dag 15-180			
OB Kväll			
OB Natt			
OB Helg			
OB Storhelg			
Jour/beredskap vardag			
Jour/beredskap helg			
Försäkring			
Sociala avgifter			
			<b>Summa</b>

Redovisade timmar till Fk för utförd assistans under sjukperioden	Kr/tim	Timmar	Summa

Att ovanstående uppgifter är riktiga intygas härmed samt att jag godkänner registrering av personuppgifter:

Datum

Underskrift av den assistansberättigade eller ombud och namnförtydligande

Ansökan skickas till: ORSA KOMMUN

Verksamhet Omsorg  
Box 23  
794 21 ORSA

## **Information om behandling av personuppgifter**

Orsa kommun kommer att behandla dina/era personuppgifter för myndighetsutövning och andra arbetsuppgifter inom nämndens verksamhetsområde.

Uppgifterna används enligt dataskyddsförordningens artikel 6.1. Uppgifterna förvaras i ett dokument- och ärendehanteringssystem/verksamhetsystem och gallras enligt gällande dokumenthanteringsplan.

Läs mer om personuppgifter och behandling av personuppgifter på [ww.orsa.se](http://ww.orsa.se)