

**ANSÖKAN OM ERSÄTTNING  
FÖR MERKOSTNAD VID  
ORDINARIE ASSISTENTS  
SJKDOM (LSS § 9.2)**
**Sökande (den funktionshindrade)**

Namn		Personnummer
Adress (utdelningsadress , postnummer och postort)		
Telefon bostaden (även riktnummer)	Telefon arbetet (även riktnummer)	
Mobiltelefon	E-postadress	

**Ev legal företrädare**

Namn		Telefon
Adress		

**Uppgifter ordinarie personlig assistent**

Namn	Personnummer
Sjukfrånvaro from-tom	Sjukfrånvaro antal timmar
Summa ordinarie assistents lön/månad	Summa ordinarie assistents lön/timme
Summa sjuklön	Summa semesterersättning
Summa avtalsbundna kostnader	Summa sociala avgifter

**Skicka med kopia av sjukfrånvaroenmälan och / eller kopia av till Försäkringskassan insänd tidrapport.**

Ange gällande kollektivavtal

**Under sjukfrånvaro har assistans lämnats enligt följande**

Vikarie har funnits from-tom	Antal timmar
Vikarie har funnits from-tom	Antal timmar

Ange belopp för *merkostnad* pga insatt vikarie

Ange kontonummer och organisationsnummer för utbetalning

**Ort och datum.....**

.....  
**Underskrift av sökande/legal företrädare**