



Ansökan om sjuklön ersättning enligt 9 § 2 LSS

Assistansberättigad		
Namn		Personnummer
Adress		
Postnummer	Ort	Telefonnummer
E-post		

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

Ersättning betalas till konto	
Bank	Kontonummer
Referensnummer	

Styrkande av uppkommen merkostnad	
Ordinarie personlig assistent (namn) och anställningsnummer	Personnummer
Sjukperiod för ordinarie assistent (datum)	Karensdag (datum)

Schemalagd tid för insjuknad assistent						Utförd tid av vikarie					
Dat	Förnamn+ initial e-namn	Tjg fr o m. – t o m	Ant. tim	OB	Jour	Dat	Förnamn + initial e-namn	Tjg fr o m - t o m	Ant. tim	OB	Jour

Bifogas

- Sjukfrånvaroanmälan eller annan uppgift som styrker ordinarie assistents sjukfrånvaro.
- Kopia på löneutbetalning eller annan uppgift som styrker att kostnaderna är utbetalda ordinarie personlig assistent.
- Tidrapport till Försäkringskassan - ordinarie personlig assistent och vikarie
- Komplet inifylld sammanställning som visar att faktiskt merkostnad finns.
(Styrkande av merkostnadens storlek, sid 2)



Sammanställning – Styrkande av merkostnadens storlek

För förtydligande av begärda uppgifter, se SKR:s förslag 2021-12-09

Kollektivavtal

Ordinarie personal				
Namn	Timmar	Ord lön kr/tim	Sjuklön kr/tim	Summa
Sjuklön dag 2-14				
Semesterersättning dag 2-14				
Karensdag				
Semesterersättning 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				
			Summa	

Redovisade timmar till FK för utförd assistans under sjukperioden		
Kr/timme	Timmar	Summa

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

Uppgiftslämnare	Bestyrkande
Namnunderskrift	Jag har fått assistans under ordinarie persons sjukfrånvaro i den omfattning som redovisas ovan.
Namnförtydligande	Namnunderskrift
Tjänsteställning	Namnförtydligande

Blanketten skickas till: Staffanstorps kommun Omsorgsförvaltningen, Mottaget 245 80 Staffanstorp
