

**Social- och omsorgsförvaltningen**

Begäran skickas till:  
Katrineholms kommun  
Social- och omsorgsförvaltningen  
Medborgarfunktionen  
641 80 KATRINEHOLM

**Begäran om tillfällig utökning av personlig assistans i samband med ordinarie personlig assistents sjukfrånvaro enligt LSS 9 § 2 p.****Uppgifter om den assistansberättigade**

|                                |                       |                      |
|--------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Den assistansberättigades namn | Personnummer          | Telefonnummer/E-post |
| <input type="text"/>           | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
| Juridisk företrädare           | Uppdrag (ex. god man) |                      |
| <input type="text"/>           | <input type="text"/>  |                      |
| Telefonnummer                  | E-postadress          |                      |
| <input type="text"/>           | <input type="text"/>  |                      |

**Uppgifter om assistansanordnaren**

|                                 |                      |
|---------------------------------|----------------------|
| Assistansanordnare              |                      |
| <input type="text"/>            |                      |
| Adress, postnr och ort          |                      |
| <input type="text"/>            |                      |
| Telefonnummer                   |                      |
| <input type="text"/>            |                      |
| Ersättning utbetalas till PG/BG | Organisationsnummer  |
| <input type="text"/>            | <input type="text"/> |

**Styrkande av intäkt**

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Schablonersättning (kr/timme) | Beviljad insats per 6 månader (timmar) |
| <input type="text"/>          | <input type="text"/>                   |

**Fullmakt (att assistansanordnaren företräder brukaren avseende underlag som styrker merkostnad)**

- Bifogas  
 Tidigare insänt

**Styrkande av uppkommen merkostnad**

|  |                          |                      |
|--|--------------------------|----------------------|
| Ordinarie personlig assistent (namn)                 | Anställningsnummer       | Personnummer         |
| <input type="text"/>                                 | <input type="text"/>     | <input type="text"/> |
| Sjukperiod fr.o.m. – t.o.m. (datum/klockslag/timmar) | Karensdag (datum/timmar) |                      |
| <input type="text"/>                                 | <input type="text"/>     |                      |

Vikarie under sjukperioden (namn)

Vikarieperiod (datum/timmar)

| Vikarie under sjukperioden (namn) | Vikarieperiod (datum/timmar) |
|-----------------------------------|------------------------------|
|                                   |                              |
|                                   |                              |
|                                   |                              |
|                                   |                              |
|                                   |                              |
|                                   |                              |
|                                   |                              |
|                                   |                              |
|                                   |                              |
|                                   |                              |

### Styrkande av merkostnads storlek

Ange aktuellt kollektivavtal

Ordinarie personlig assistents lön – kronor/timme

Utbetald sjuklön – kronor/timme

Utbetald semesterersättning under sjuklöneperioden – kronor/timme

Utbetalda sociala kostnader under sjuklöneperioden – kronor

Övriga utbetalda avtalsbundna kostnader - kronor

### Bifogas

- Sjukfrånvar oanmälan
- Kopia av löneutbetalning – ordinarie personlig assistent och vikarie
- Tidsredovisning till försäkringskassan – ordinarie personlig assistent och vikarie
- Sammanställning av yrkat belopp som visar att merkostnad finns gentemot erhållen ersättning från försäkringskassan eller kommunen
- Beskrivning av övriga avtalsbundna kostnader

### Att ovanstående uppgifter är riktiga intygas härmed

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

Underskrift assistansberättigad eller juridisk företrädare

Namnförtydligande

Datum och ort

För förtydligande av ovanstående begärda uppgifter - se SKR:S cirkulär 2006:39 *Kommunernas ansvar vid sjukdom hos ordinarie personlig assistent*.

Vi behandlar personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR).  
Mer information finns på [katrineholm.se/personuppgifter](http://katrineholm.se/personuppgifter).