

AVTAL om personlig assistans

Mellan omsorgsförvaltningen i Växjö kommun och den ersättningsberättigade har följande avtal ingåtts.

Ersättningsberättigad

Efternamn och samtliga förnamn	Personnummer
Adress (utdelningsadress, postnummer och postort)	Telefon (även riktnummer)

Företrädare (vårdnadshavare, god man, förvaltare, ombud enligt fullmakt)

Efternamn och samtliga förnamn	Personnummer
Adress (utdelningsadress, postnummer och postort)	Telefon (även riktnummer)

Kommunens åtaganden

Kommunen åtar sig att utföra assistansen i den omfattning som framgår av aktuellt assistansbeslut. Kommunen utför assistansen enligt erbjudandet om personlig assistans, se bilaga.

Den ersättningsberättigades åtaganden

Den ersättningsberättigade åtar sig att fullgöra vad som framgår av erbjudandet om personlig assistans. Den ersättningsberättigade ska enligt RFV:s föreskrift efter utgången av varje månad underteckna och sända in fastställd räkningsblankett till försäkringskassan inom av försäkringskassan fastställd tid och ge en kopia till ansvarig enhetschef i kommunen.

Den ersättningsberättigade ska till handläggaren:

- ansöka om tillfälligt utökat behov av assistans **tre veckor i förväg**.

Den ersättningsberättigade ska till ansvarig enhetschef:

- anmäla längre planerat avbrott i assistansen **tre veckor i förväg**.
- anmäla önskemål om längre planerad tillfällig schemaförändring **tre veckor i förväg**
- göra framställan om permanent byte av assistent **två månader i förväg**.

Avtalets giltighetstid

Detta avtal gäller fr o m och tills vidare.

Avtalet upphör att gälla genom skiftlig uppsägning. Uppsägningstiden är två månader.

Se uppsägningsformulär på omstående sida.

Övrigt

t.ex överenskommelse om bilkörning med den ersättningsberättigades bil

Datum och underskrifter

Datum

Datum

Ersättningsberättigad/företrädare

Enhetschef omsorgsförvaltningen Växjö kommun

.....
Namnförtydligande och telefonnummer

*Detta avtal ersätter eventuellt tidigare upprättat avtal
För uppsägning av avtal, se omstående sida.*

UPPSÄGNING

Härmed säger jag upp mitt avtal om personlig assistans, med Växjö kommun.

Datum:

Underskrift :

Namnförtydligande:

Uppsägningstiden är två månader från att den inkommit till Växjö kommun.

Insändes till:

*Växjö kommun
Omsorgsförvaltningen
Box 1222
351 12 Växjö Kommun*