

ANSÖKAN enligt 9 § 2 LSS

om ersättning för merkostnader vid ordinarie assistents sjukdom

under perioden med kronor.

Avser faktura nr: fakturadatum:

Assistansberättigad

Namn	Personnummer
Postadress	Telefon (även riktnummer)

Ombud/Fullmaktsinnehavare Fullmakt bifogas Fullmakt tidigare insänd

Namn	Telefon
Assistansanordnare	Organisationsnummer
Adress	Bank-/postgironummer

Underskrift av sökanden/ombud med fullmakt

.....
Ort och datum

.....
Namnteckning/namnförtydligande

Denna ansökan insändes till:

Växjö kommun, Omsorgsförvaltningen Myndighetsavdelningen, Box 1222, 351 12 Växjö.

Fakturan som hör till denna ansökan skickas till:

Växjö kommun, Omsorgsförvaltningen, Box 982, 831 29 Östersund.

Fakturan måste märkas med referensnummer: **3352027**

Följande handlingar ska bifogas fakturan:

Kopia av den sjuke assistentens tidrapport samt assistentens ordinarie schema.

Kopia av vikariens tidrapport som är styrkt av assistansberättigad/kund.

Uppgift om storlek på den sjuke ordinarie assistentens lön (timlön eller månadslön)

Uppgift om storlek på semesterersättning

Uppgift om storlek på övriga avtalsbundna kostnader

Uppgift om storlek på sociala avgifter