



Ansökan om ersättning för merkostnader enligt 9§2 LSS

Den assistansberättigades namn	Personnummer
Adress och postadress	Telefonnummer

Assistansbeslut

LSS-beslut SFB beslut	Datum	Omfattning tim/vecka	Timersättning kr.
Legal företrädare/ombud namn	Telefonnummer	Beslut/Fullmakt Bifogas Tidigare insänt	

Assistansanordnare, betalningsmottagare

Företagets namn och organisationsnummer	Bank-/ postgironummer
Företagets adress	Telefon (även riktnummer)
Datum för upprättat avtal med assistansberättigad	Uppgift om kollektivavtal och andra avtal som arbetsgivaren ingått

Insjuknad ordinarie assistent

Namn	Personnummer	Tim- eller månadslön exkl semesterersättning
Sjukperiod, datum från och till	Karensdag, datum	

Har den insjuknande assistenten särskilt högriskskydd eller någon form av lönebidrag?

Nej Ja

Får arbetsgivarens någon form av ersättning för den insjuknande assistenten?

Nej Ja

Merkostnad sammanställning

Lön	Timlön	Sjuklön 80%	Antal timmar	
Semester ersättning	Antal timmar		Semester ersättning per timme	
OB	Kväll antal timmar		OB Ersättning per timme	
	Natt antal timmar		OB Ersättning per timme	
	Helg antal timmar		OB Ersättning per timme	
	Storhelg antal timmar		OB Ersättning per timme	
Jour	Antal timmar		Jour ersättning per timme	
Sociala avgifter	Antal timmar		Sociala avgifter ersättning per timme	
Pension/Försäkringar	Antal timmar		Pension/Försäkringar ersättning per timme	
				Summa

Yrkat belopp	Beslutat belopp (ifylles av handläggaren)
--------------	---



Bilagor som ska bifogas i ansökan:

- Avtal och fullmakt mellan assistansberättigad och assistansutförare (endast vid första ansökningstillfället).
- Beslut om assistansersättning från Försäkringskassan (endast vid första ansökningstillfället).
- Kopia på tidsredovisning till Försäkringskassan för vikarie.
- Kopia på ordinarie assistents frånvaro samt schema.
- Kopia på ordinarie assistents lönespecifikation.
- Läkarintyg från 8:e sjukdagen (Integritetskänsliga uppgifter kan maskeras).

Uppgiftslämnare

Underskrift
Namnförtydligande
Tjänstställning

Bestyrkande

Jag har fått assistanstimmar utförda under ordinarie personals sjukfrånvaro i den omfattning som redovisas ovan
Underskrift
Namnförtydligande

Ansökan skickas till

Laholms Kommun
 Socialkontoret
 Humlegången 6
 312 80 LAHOLM