



Härnösands kommun

Ansökan om ekonomiskt stöd för sjuklönekostnader vid ordinarie assistents sjukfrånvaro enligt 9 § punkt 2 LSS

Uppgifter om sökande

Namn	Personnummer
Telefon	Mobiltelefon

Ställföreträdare

Namn	Telefon
Postadress	Mobiltelefon
Typ av ställföreträdare God man Förvaltare	Har Du i ditt förordnande uppdraget att bevaka rätt? Ja Nej

Ombud

Namn	Telefon	
Organisationsnummer	Kollektivavtal benämning	
Fullmakt	Bifogas	Tidigare insänt

Uppgifter för utbetalning

Ersättning utbetalas till:	Plusgiro	
	Bankgiro	
Bank	Clearingnr.	Kontonr.

Tillstånd finns från Socialstyrelsen för min assistansanordnare att bedriva verksamhet för den period ansökan avser.

Ja

Nej

Om nej – Ange Socialstyrelsens diariennr. för anmälan om tillstånd:

Sjuklönekostnader för perioden: _____ (ange ååmmdd – ååmmdd)

Antal timmar karens	Antal timmar dag 2 - 14	Utbetald lön dag 2 - 14 (80% lön)	Semesterersättning kr	Sociala avgifter, kr	Avtalsbundna kostnader, kr	Summa sjuklönekostnader

