

Ansökan merkostnad/sjuklönersättning

Den assistansberättigades namn	Personnummer
Adress och postadress	Telefonnummer

Assistansbeslut

LSS-beslut	Datum	Omfattning tim/vecka	Timersättning kr.
SFB beslut			
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

2016-07-15

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

Tidsredovisning ansökan om sjuklöneersättning

Schemalagd tid för insjuknad assistent				
Datum	Arbetade tid from - tom	Antal tim	OB	Jour
Karens				
Summa				
Exklusive karens dag				

Utförd tid av vikarie					
Datum	Namn på vikarie	Arbetade tid from - tom	Antal tim	OB	Jour
Karens					
Summa					
Exklusive karens dag					

Uppgiftslämnare

Underskrift
Namnförtydligande
Tjänstställning

Bestyrkande

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

Bilagor

Redovisning till Försäkringskassan

Läkarintyg från den 8:e sjuka dagen (integritets känsliga uppgifter t.ex. frånvaro orsak kan maskeras)

Avtal mellan assistansberättigad och assistansutförare

Ansökan skickas till

Båstad Kommun
Vård och Omsorg
Myndighetsenheten
269 80 BÅSTAD