**Assistansberättigad, uppgifter om sökande**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Namn: | | | Personlig assistans | | |
| Personnummer: | | Tillfällig utökning/Beslut i avvaktan | | | |
| Beviljad tid/vecka: | | Utförd tid aktuell period: | | | |
| Kunden har vistats på sjukhus  Ja  Nej | | | | | Period fr o m – t o m        -- |
| Kunden har beslut för sjukhusvistelse  Ja  Nej | | | | |
|  |  | |  | | |
| Vårdnadshavare /godman/förvaltare |  | | | | |
| Assistanssamordnare: |  | | | | |
| Ombud/Fullmakt: |  | | | | |
| Organisationsnummer: |  | | | Referens: | |
| Bankgiro: | Postgiro: | | | Bankkonto: | |

**Uppgifter/verifikat om kostnader med bilagor**

Lönespecifikation, Tidsredovisning/Lönerapport, -Kvitton/faktura *ex föreläsning/kurs*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Personliga assistent /er | |  | | | |
| Fr o m – T o m /Antal tim | |  | | | |
| Ange kollektivavtal | |  | | | |
|  | | | | | |
| **Typ av kostnad Enl. FK´s punkt 7** | | | | | |
| Lön | | |  |  | Max 87% |
| OB/väntetidsersättning: | | |  |
| Assistansomkostnader: | | |  |  | Max 5% |
| Utbildningskostnader: | | |  |
| Arbetsmiljö/personalomkostnader: | | |  |
| Administration: | | |  |  | Max 8% |
| Begärt belopp: | | |  | | |
| Kostnad per timme: | | |  | | |
| Att ovanstående uppgifter/bifogade verifikat är riktiga intygas härmed | | | | | |
|  | | |  | | |
| Signatur | | | Namnförtydligande | | |
| Datum: | Underskrift av assistansberättigad eller legal företrädare/ombud | | | | |