**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 |