



Motala kommun

**Socialförvaltningen**  
 Socialkontoret

**Begäran om och redovisning av ekonomisk  
 ersättning vid ordinarie assistents sjukdom**  
 Personlig assistans 9:2 § LSS

Sida 1 (2)

|                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| Begäran avser sjukperiod: | Merkostnad för perioden: |
|---------------------------|--------------------------|

**1. Personuppgifter**

|                                 |              |
|---------------------------------|--------------|
| Den assistansberättigades namn: | Personnummer |
|---------------------------------|--------------|

**2. Företrädare betalningsmottagare**

|                                 |  |                 |
|---------------------------------|--|-----------------|
| Legal företrädare/ombud (namn): | Plus- bankgiro:  | Referensnummer: |
| Kontaktperson                   | Telefonnummer:   |                 |
| E-post utförare:                | Fullmakt:<br><input type="checkbox"/> Bifogas <input type="checkbox"/> Tidigare insänt |                 |

**3. Redovisning av ordinarie personlig assistents sjukperiod och vikarier under perioden**

| Ordinarie personlig assistent (namn): | Personnummer: | Karensdag:    | Dag 2-14          | Dag 15-90         |
|---------------------------------------|---------------|---------------|-------------------|-------------------|
| Vikarie (namn)                        | Personnummer  | Arbetat datum | Från kl – Till kl | Från kl – Till kl |
|                                       |               | -             | -                 | -                 |
|                                       |               | -             | -                 | -                 |
|                                       |               | -             | -                 | -                 |
|                                       |               | -             | -                 | -                 |
|                                       |               | -             | -                 | -                 |
|                                       |               | -             | -                 | -                 |
|                                       |               | -             | -                 | -                 |

*Karensdag skall alltid anges även om den skett under annan period.*

**Till begäran skall alltid bifogas:**

- Sjuktidrapport – Sjukförsäkrans som styrker ordinarie assistents sjukdom  
 Kopia på löneutbetalning – ordinarie personlig assistent  
 Kompletta ifylld sammanställning som visar att faktisk merkostnad finns.  
 (Styrkande av merkostnadens storlek, sida 2)

**4. Underskrift**

|   |                   |
|---|-------------------|
| Jag försäkrar på heder och samvete att lämnade uppgifter och bilagor är riktiga och fullständiga. |                   |
| Ort och datum   |                   |
| Namnsteckning   | Namnförtydligande |

## Sammanställning – Styrkande av merkostnadens storlek

Kollektivavtal

| <b>Ordinarie personal</b>          | <b>Timmar</b> | <b>Ord lön kr/tim</b> | <b>Sjuklön kr/tim</b> | <b>Summa</b> |
|------------------------------------|---------------|-----------------------|-----------------------|--------------|
| Sjuklön dag 2-14                   |               |                       |                       |              |
| Semesterersättning dag 2-14        |               |                       |                       |              |
| Semesterersättning dag 15-         |               |                       |                       |              |
| Karensdag                          |               |                       |                       |              |
| Semesterersättning under karensdag |               |                       |                       |              |
| OB kväll                           |               |                       |                       |              |
| OB natt                            |               |                       |                       |              |
| OB helg                            |               |                       |                       |              |
| OB storhelg                        |               |                       |                       |              |
| Jour/beredskap vardag              |               |                       |                       |              |
| Jour/beredskap helg                |               |                       |                       |              |
| Försäkring                         |               |                       |                       |              |
| Sociala avgifter %                 |               |                       |                       |              |
| <b>Summa:</b>                      |               |                       |                       |              |

**Begäran/redovisningen skickas till:**

Socialkontoret  
LSS-gruppen  
591 86 Motala

*OBS eventuell bifogad faktura kommer att hanteras som en bilaga. Märk således begäran med det referensnummer som ni vill att vi anger vid betalning. Ett unikt nummer per begäran.*

**Anvisningar**

Ange period, från och med – till och med, samt den merkostnad som begäran/redovisningen avser.

1. Den assistansberättigades namn och personnummer.
2. Företrädare/assistansbolagets/kooperativets eller annan utförarens företagsnamn, kontaktperson, telefonnummer, e-post, organisationsnummer samt plus- eller bankgiro som betalningen ska ske till. Uppgifter om fullmakt. Referensnummer som ska anges på utbetalningen.
3. Den sjuka assistentens namn, personnummer. Datum för karensdag samt datum för dag 2-14. Namn och personnummer på vikarier under perioden, datum och tid vikarie arbetat. Kan redovisas på annat underlag.
4. Begäran/redovisningen ska vara underskriven av den assistansberättigade eller laglig ställföreträdare.

**Bilagor**

Samtliga bilagor skall bifogas vid ansökningstillfället. Sammanställning – Styrkande av merkostnader (Sid 2) Skall vara komplett ifylld för att begäran skall handläggas.

**Information**

Vid ofullständig begäran skickas en begäran om komplettering som ska ske inom 3 veckor i annat fall avslås begäran. Vid felaktig begäran avslås begäran.



**Motala kommun**

## **Information enligt dataskyddsförordningen (GDPR)**

Uppgifterna som du lämnar på denna blankett kommer att användas av den personuppgiftsansvarige som är Socialnämnden för Motala kommun. Motala kommun, 591 86 Motala (tel. 0141-22 50 00).

Socialnämnden behandlar personuppgifterna i enlighet med Dataskyddsförordningens art. 6.1 e vars betydelse är att handlingen är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i den personuppgiftsansvariges myndighetsutövning. Personuppgifterna som lämnas används för administration och andra åtgärder som behövs för att handlägga ditt ärende. Uppgifter som inte omfattas av sekretessbestämmelser kan komma att lämnas ut enligt offentlighetsprincipen.

Du har rätt att få information om vilken information som finns registrerad om dig. Socialnämnden är också skyldig att snarast rätta felaktiga, ofullständiga eller missvisande uppgifter.

Kommunens dataskyddsombud nås på 0141-22 50 00 eller [motala.kommun@motala.se](mailto:motala.kommun@motala.se)  
Vill du klaga på vår personuppgiftsbehandling kan du vända dig till tillsynsmyndigheten – [Datainspektionen](#).

Mer information om hur Motala kommun behandlar dina personuppgifter kan du läsa på [motala.se](http://motala.se)

---

**Postadress**

591 86 Motala

**Besöksadress**

Drottninggatan 2

**Telefon vxl**

0141-22 50 00

**Webbplats**

[motala.se/kommun](http://motala.se/kommun)

**e-postadress**

[socialnamnden@motala.se](mailto:socialnamnden@motala.se)