



Ansökan ska sändas till:
Hallstahammars kommun
Biståndsenheten
734 80 Hallstahammar

Anvisningar om hur du fyller i blanketten finns på sista sidan

Ansökan om ekonomiskt stöd vid tillfällig utökning av personlig assistans, enligt 9 § 2 LSS

Personuppgifter om den sökande (assistansberättigad)

| | | |
|---------|---------------|--------------|
| Förnamn | Efternamn | Personnummer |
| Adress | Postnummer | Ort |
| E-post | Telefonnummer | |

Ombud

(fullmakt bifogas)

| | | |
|---------|-----------|---------------|
| Förnamn | Efternamn | Telefonnummer |
| E-post | | |

Assistansanordnare

| | | |
|--|---------------------|-----|
| Företagets namn | Organisationsnummer | |
| Adress | Postnummer | Ort |
| E-post | Telefonnummer | |
| Kontaktperson hos utövare | | |
| Ersättning utbetalas till konto (bankkonto, bankgiro eller postgiro) | | |
| Referens (ange referens på utbetalningen) | | |

Fullmakt

- Bifogas
 Tidigare insänt



[Fullmakt att ansöka om insats enligt 9 § LSS](#)

Yrkat antal timmar

Totalt antal extra timmar ekonomiskt stöd yrkas för

Anledning till ansökan om extra timmar

För föräldrar till assistansberättigat barn: har ansökan om vård av barn (tillfällig föräldrapenning) skett till Försäkringskassan de dagar barnet ej har varit på förskola/skola?

Om inte, varför?

Inte aktuellt

Övriga upplysningar

Till ansökan ska följande bilagor bifogas:

- Undertecknad tidrapport/tidsredovisning (Försäkringskassans blankett, TUT) – för tid då extra personal har arbetat
- Kopia på lönespecifikation för assistenter som har arbetat under extra insatt tid



Anvisningar till ansökan om ekonomiskt stöd för merkostnader vid tillfälligt utökat behov av assistans, t ex vid ordinarie assistents sjukdom, enligt 9 § 2 p.Lss

Personuppgifter om sökande

Namn, personnummer, adress, postnummer, ort och telefon till den assistansberättigade.

Ombud

Namn, telefonnummer, e-post till den som undertecknar ansökan och är namngiven i fullmakten.

Assistansanordnare

Företagets namn, organisationsnummer, adress, telefonnummer, e-post till assistansanordnare. Kontaktperson hos utförare/bolag. Kontonummer för utbetalning: ange bankkonto, bankgiro eller postgiro.

Fullmakt

Kryssa i om fullmakt bifogas eller om det har sänts in tidigare.

Yrkat antal timmar

Ange hur många extra timmar som ekonomiskt stöd yrkas för.

Anledning till ansökan om extra timmar Ange varför ansökan om extra timmar sker, t.ex. om det beror på att förskola, skola, daglig verksamhet har varit stängd, om assistansberättigad varit sjuk, om det gäller en resa osv.

För föräldrar med assistansberättigat barn

Ska endast fyllas i om arbetande assistent samtidigt är förälder till den assistansberättigade. I dessa fall ska det anges, om föräldern har ansökt om tillfällig föräldrapenning hos Försäkringskassan för att vårda barnet i de fall barnet har varit sjuk. Om ansökan inte har skett till Försäkringskassan ska skälen härtill anges.

Övriga upplysningar

Fyll i om det finns övriga upplysningar som det kan vara bra för handläggare att känna till inför beslutsfattande.

Att ovanstående uppgifter är riktiga intygas härmed

Datum, underskrift, namnförtydligande, ombudet som undertecknar ansökan och är namngiven i fullmakten.

Bifogade underlag

Markera med kryss de underlag som bifogas.

I de fall blanketten är ofullständigt ifylld eller om obligatoriska bilagor saknas kommer ansökan att returneras för komplettering av sökanden.

OBS! Ansökan om ekonomiskt stöd vid tillfällig utökning av personlig assistans ska lämnas in senast månaden efter att utökningen har skett.

Underskrift

Jag intygar att ovanstående uppgifter är riktiga och fullständiga

| | |
|---------------|-------------------|
| Ort och datum | |
| Underskrift | Namnförtydligande |

De uppgifter som du lämnar i blanketter eller e-tjänster, eller de uppgifter om dig som registreras av oss på Hallstahammars kommun, sparas i datasystem och behandlas i enlighet med Dataskyddsförordning 2016/679. Registreringen görs för att kommunen (eller kommunens underleverantörer) ska kunna fullgöra sin skyldighet gentemot dig, eller den tjänsten berör. Inom exempelvis hälso- och sjukvården kan registreringen också säkra information som är av livsavgörande betydelse. Uppgifterna kommer inte att sparas längre än vad som är nödvändigt. Om du vill veta mer om hur dina personuppgifter behandlas eller är missnöjd med hur Hallstahammars kommun behandlar personuppgifter om dig kan du kontakta kommunens dataskyddsombud, eller lämna klagomål till Integritetsskyddsmyndigheten. För mer information om dataskydd, se <http://www.hallstahammar.se/dataskydd>.