

**Sammanställningsblankett för
ersättning av personlig assistans**

År och månad

Blanketten ska skickas in varje månad i efterskott, senast den 10:e dagen i månaden, tillsammans med en kopia av tidsredovisningen för antal utförda timmar. Tidsredovisningen ska undertecknas av den enskilde/legal ställföreträdare samt assistenter eller assistans-anordnare. Uppgifterna utgör underlag för kommunens utbetalning. Inga fakturor tas emot.

Skicka blanketten till
Malung-Sälens kommun
LSS administration
Box 14
782 21 Malung

Er referens kod

1. Personuppgifter (Den assistansberättigade)

Förnamn och efternamn	Personnummer (12siffror)
-----------------------	--------------------------

2. Antal beviljade timmar assistans timmar

Antal beviljade timmar och minuter per vecka	Period för beslutet F.r.o.m – T.o.m --
--	---

3. Redovisning av utförd assistans

Timmar	Aktiv tid		Väntetid, faktiska timmar		Beredskapstid, faktiska timmar	
	Timmar	Minuter	Timmar	Minuter	Timmar	Minuter
Jag skickar med (antal) Tidsredovisning personlig assistans						

4. Har du vårdats på sjukhus den här månaden?

<input type="checkbox"/> Nej			
<input type="checkbox"/> Ja			
Har du varit i kontakt med biståndshandläggare gällande personlig assistans under sjukhusvistelse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
<input type="checkbox"/> Jag har fått personlig assistans under tiden jag vårdades på sjukhus. Timmarna ingår i redovisningen under punkt 2.	Aktiv tid Timmar minuter	Väntetid, faktiska timmar Timmar minuter	Beredskapstid, faktiska timmar Timmar minuter

5. Har du anlitat en assistent som är bosatt utanför EES - området? (LSS 9d§)

<input type="checkbox"/> Ja	Bifoga en förklaring till varför du behövde anlita en assistent på plats. Skicka också in handlingar som styrker dina uppgifter		
F.r.o.m – T.o.m --	Aktiv tid Timmar minuter	Väntetid, faktiska timmar Timmar minuter	Beredskapstid, faktiska timmar Timmar minuter

6. Assistansanordnare – arbetsgivare för personlig assistans som utför beviljade assistans timmar

Bolags namn och organisations nummer	Telefon nummer
Mejladress	Utbetalning till Bg/Pg
Tillstånd från inspektionen för vård och omsorg (IVO)	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

7. Underskrift

Vi har tagit del av kommunens rutin <http://salen.sitevision.se/stodochomsorg/handikappfunktionsnedsattning/personligassistans/forexternabolag.html> och villkor för ersättning av personlig assistans enligt 9 § 2 LSS, vilka vi förbinder oss att följa. Vi försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga.

När uppgifterna förändras måste vi meddela Malung-Sälens kommun. Vi vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter, att utelämna något eller att inte meddela Malung-Sälens kommun när uppgifterna vi lämnat förändras.

Datum	Namnteckning	Telefon, även riktnummer
-------	--------------	--------------------------

8. Fyll i här om du som skrivit under är ställföreträdare

Jag är <input type="checkbox"/> vårdnadshavare <input type="checkbox"/> god man <input type="checkbox"/> förvaltare	
Namnförtydligande	Personnummer (12 siffror)