



Underlag för att ersätta uppkommen merkostnad i samband med sjukfrånvaro

Den assistansberättigades namn	Personnummer	Telefonnummer/e-post

Legal företrädare/ombud namn	Uppdrag (ex god man) och telefonnummer

Assistansanordnare

Ersättning utbetalas till konto	Referensnummer

Styrkande av intäkt

Schablonersättning (kr/timme)	Beviljad insats per 6 månader (timmar)	Förhöjd schablonersättning (kr/timme)

Fullmakt (att assistansanordnaren företräder brukaren avseende underlag som styrker merkostnad)

- Bifogas
- Tidigare insänt

Styrkande av uppkommen merkostnad

Ordinarie personlig assistent (namn)	Anställningsnummer	Personnummer

Sjukperiod from - tom (datum/klockslag)	Karensdag (datum)

Ordinarie personlig assistent (namn)	Anställningsnummer	Personnummer

Sjukperiod from - tom (datum/klockslag)	Karensdag (datum)

Ordinarie personlig assistent (namn)	Anställningsnummer	Personnummer

Sjukperiod from - tom (datum/klockslag)	Karensdag (datum)

