



Ansökan

De lämnade uppgifterna dataregistreras enligt tillämplig dataskyddslagstiftning. Dataregistret används för administration hos avdelningen äldre och funktionshinder och avgiftshantering. För mer information om hur Socialförvaltningen behandlar dina uppgifter, besök www.jarfalla.se/dataskyddsoc.

Allmänt

Kommunen är enligt 9 § 2 LSS skyldig att tillgodose behovet av assistans vid ordinarie assistents sjukdom. Denna ansökningsblankett avser endast sjuklönersättning. Ersättningen beräknas enligt sjuklönelagen och kollektivavtal och innefattar också sociala avgifter och semesterersättning. Ansökan skickas tillsammans med faktura och tillhörande underlag som e-faktura eller till Fakturaadress: Järfälla kommun, INX 9025-001, Box 75, 177 22 Järfälla.

Nedanstående uppgifter krävs vid ansökan sjuklönersättning. Alla fält måste vara ifyllda. Redovisning av utförd assistans lämnas på sid. 2/Utredning.

Kommun

Kommun	Förvaltning
Järfälla kommun	Socialförvaltningen, Myndighet funktionsnedsättning

Assistansberättigad

Namn	Personnummer
Adress (utdelningsadress, postnummer och postort)	Telefon (även riktnr)

Assistansbeslut

	Datum	Omfattning tim/vecka	Timersättning, kr
LASS-beslut			
LASS-beslut			

Ombud/uppgiftslämnare

Namn	Telefon (även riktnr)
------	-----------------------

Assistansanordnare

Företagets namn och organisationsnummer	Bank-/postgironummer
Företagets adress	Telefon (även riktnr)
Datum för upprättat avtal med den assistansberättigade	Uppgift om vilket/vilka kollektivavtal/andra avtal som arbetsgivaren ingått

Insjuknad ordinarie assistent

Förnamn + första bokstaven i efternamnet			Lön (tim- el månadslön)
Sjuklön	Semesterersättning	Sociala avgifter	Övriga avtalsbundna kostnader
Karensdag, datum	Sjukperiod datum fr. o. m. - t. o. m	Antal tim med vik*	Varav tim med OB-/jour tillägg*

*Specificering på sid 2.

Yrkat belopp (ifylls av assistansberättigad/ombud)

Summa

Ort och datum	
Namnunderskrift av assistansberättigad/ombud	Namnförtydligande



Utredning Redovisning av utförd assistans

Assistansberättigad

Namn	Personnummer
------	--------------

Tiden anges i klockslag och sammanräknas i hundradelar, ex 5 tim 30 min =5,5 timmar

Schemalagd tid för insjuknad assistent						Utförd tid av vikarie					
Dat	Förnamn+ Initial e-namn	Tjg fr. o.m. – tom	Ant. tim	OB	Jour	Dat	Förnamn+ Initial e-namn	Tjg fr.o.m. – t.o.m.	Ant. tim	OB	Jour

Utförd assistanstid under ordinarie assistents sjukfrånvaro

Summa	Varav OB	Varav jour
-------	----------	------------

Uppgiftslämnare

Namnunderskrift	
Namnförtydligande	
Tjänsteställning	