



## FULLMAKT

### Assistansberättigad

Namn	Personnummer
Adress	Telefon/mobil

Härmed ger jag fullmakt åt nedanstående person/ombud att vid sjukfrånvaro hos ordinarie personlig assistent ansöka hos Söderköpings kommun om insats enligt 9 § 2 LSS i form av ersättning för skäligen kostnader för personlig assistans till den del behovet inte täcks av beviljad assistansersättning (täckning för de merkostnader som uppstått i samband med ordinarie assistents sjukfrånvaro). Ombudet ges fullmakt att mottaga sådan ersättning från Söderköpings kommun.

### Ombud

Namn	Telefon/mobil
Adress	Konto som ersättningen ska utbetalas till
E-postadress	

### Underskrift av assistansberättigad/företrädare/vårdnadshavare

Ort och datum	Namnteckning
	Namnförtydligande

Ort och datum	Namnteckning
	Namnförtydligande

### Bevittnas

Namnteckning	Namnteckning
Namnförtydligande	Namnförtydligande

### Information om Personuppgiftslagen

Personuppgifter som du lämnar här behandlas av Socialnämndens förvaltning i syfte att registrera och administrera din ansökan/anmälan eller fråga. Personuppgiftsansvarig är Socialnämnden, Söderköpings kommun. Du kan årligen skriftligen begära hos nämnden att få information om dina personuppgifter och hur dessa används. Du kan begära att personuppgifter rättas. Uppgifter som utgör allmän handling kan komma att lämnas ut till den som begär det. Vissa uppgifter kommer att gallras enligt gällande gallringsbeslut hos respektive nämnd.

**Postadress**  
Söderköpings kommun  
Socialförvaltningen, Sektor LSS  
614 80 SÖDERKÖPING

**Besöksadress**  
Storängsallén 20

**Telefon**  
0121-181 00

**E-post**  
[socialnamnden@soderkoping.se](mailto:socialnamnden@soderkoping.se)  
**Hemsida**  
[www.soderkoping.se](http://www.soderkoping.se)