



Mottagningsdatum

Ansökan mottagen av

Ansökan LSS – sjuklöneersättning

Ansökan sänds till:

Söderköpings kommun
Socialförvaltningen, Sektor LSS
614 80 SÖDERKÖPING

Besöksadress; Kommunhuset, Storängsallén 20, Söderköping

Personuppgifter (aktuell person för ansökan)

Ombud

Förnamn	Namn
Efternamn	Telefon/mobil
Personnummer	E-postadress
Ansökan avser perioden	

Insats som kan sökas enligt LSS

Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd för sådan assistans – Ersättning enligt 9 § 2 LSS för merkostnader med anledning av sjukdom hos ordinarie personlig assistent

DESSA UPPGIFTER SKA BIFOGAS ANSÖKAN FÖR UTBETALNING AV MERKOSTNAD VID ORDINARIE ASSISTENTS SJUKFRÅNVARO

- Uppgift om vem som varit sjuk, datum och tid för sjukdom
- Grundschemata för ansökt period med namngiven personal
- Kopia av sjukfrånvaroanmälan och kopia på inlämnad tidrapport till FK
- Kopia på inlämnad tidrapport till FK att vikarie lämnat assistans och tidpunkt för detta
- Angivande av vilket kollektivavtal som arbetsgivaren varit bunden av
- Timlön eller månadslön för ordinarie assistent
- Uppgift om storlek på sjuklön
- Uppgift om storlek på semesterersättning
- Uppgift om övriga avtalsbundna kostnader
- Uppgift om storlek på sociala avgifter



Postadress
Söderköpings kommun
Socialförvaltningen, Sektor LSS
614 80 SÖDERKÖPING

Besöksadress
Storängsallén 20

Telefon
0121-181 00

Telefax
0121-186 32

E-post
socialnamnden@soderkoping.se
Hemsida
www.soderkoping.se



Information om Personuppgiftslagen

Personuppgifter som du lämnar i ansökan behandlas av Socialkontoret i syfte att administrera och registrera din ansökan. Personuppgiftsansvarig är Socialnämnden, Söderköpings kommun, 614 80 Söderköping, telefon 0121-181 00. Du kan årligen 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.

Sökandes underskrift

Datum: _____
Namnteckning _____ Namnförtydligande _____

Om annan än sökanden själv, ombudets underskrift:

Ombud via fullmakt

Datum: _____
Namnteckning _____ Namnförtydligande _____