

Ansökningsrutiner vid begäran om merkostnader för personlig assistans

Enligt 9§2 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) vid ordinarie assistents sjukdom med tillsatt vikare

I Sveriges kommuner och landsting SKL cirkulär 2006:39 lämnas rekommendationer för att underlätta handläggning och bedömningen vid begäran om att bevilja ekonomiskt stöd för skäligen kostnader vid ordinarie assistents sjukfrånvaro med tillsatt vikarie.

Kopia på avtal mellan brukare och privat assistansutförare lämnas på begäran till Österåkers kommun.

Österåkers kommun kommer kontrollera att:

- assistansanordnaren har tillstånd att bedriva personlig assistans
- schemalaggnings för den sjuka assistentens arbetstider följer arbetstidslagen och kollektivavtal
- assistenten har fyllt 18 år
- assistansanordnaren följer övriga bestämmelser som trädde i kraft 2013-07-01.

Assistansanordnaren som ombud

För att underlätta den praktiska hanteringen kan den assistansberättigade genom fullmakt ge uppdraget åt assistansanordnaren att hos kommunen ansöka insats enligt LSS 9 § 2. Det vill säga begära ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för personlig assistans vid ordinarie assistents sjukdom med tillsatt vikare och att ersättningen ska utbetalas till assistentanordnaren.

Fullmakt gäller så länge gällande avtal mellan assistansberättigade och assistansanordnaren finns eller tills fullmakten återkallas.

Uppgifter som ska lämnas vid ansökan

Kommunen behöver en ansökan med kompletta uppgifter som styrker att merkostnad har uppstått.

1. Fullständigt ifylld ansökan, sida 1, med underskrift.
2. Uppgifter som visar datum och klockslag när den ordinarie assistenten varit sjukfrånvarande.
3. Uppgifter som intygar de datum och tider som brukaren haft vikarie, sid 2. Sidan 2 kan ersättas med sammanställning från eget digitalt system med underskrift och namnförtydligande.
4. Specificerad uträkning som visar hur man kommit fram till det ansökta beloppet.
5. Lönespecifikation som visar att den sjukfrånvarande assistenten fått sjuklön.

Ansökan fylls i för en ordinarie assistents sjuklönekostnad löpande, månadsvis.

Begäran om utbetalning av ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för personlig assistans betraktas och handläggs som ett sedvanligt LSS-ärende. Kommunen kommer därefter att fatta beslut om insatsen enligt 9 § 2. I samband med utbetalning meddelas mottagaren vad utbetalningen avser genom referensnummer som skrivs in i ansökan, beslutsdatum, namn eller dylikt. Vårt mål är att ersättningen utbetalas 30 dagar efter det att utredningen är utförd. Vid bifall förs pengarna över på angivet konto.

Vid avslag sänds en kopia av beslutet. Om den enskilde inte är nöjd med beslutet kan beslutet överklagas till förvaltningsrätten.

Skicka ansökan till:

Österåkers kommun
Socialförvaltningen VON plan 4
184 86 Åkersberga

Frågor?

Gorana Östervall 08-540 816 61
Elina Forss 08-540 814 46
Ersättning- och avgiftshandläggare

Ansökan merkostnad/ sjuklönersättning

Kundens referensnummer, används vid utbetalning. Biståndsenhetens nummer, ifylls av biståndsenheten.

Allmänt

Kommunen är enligt LSS § 9:2 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. Efter utredning utbetalas ersättning för faktisk merkostnad inom 30 dagar efter att kommunen mottagit denna blankett.

Den assistansberättigade

Namn	Personnummer
Gatu- och postadress	Telefon

Assistansbeslut

LASS-beslut <input type="checkbox"/>	Datum	Omfattning tim/vecka	Timersättning, kr
LSS-beslut <input type="checkbox"/>			

Ombud, uppgiftslämnare

Namn	E-post	Telefon
------	--------	---------

Assistansanordnare, betalningsmottagare

Företagets namn och organisationsnummer	Bank-/ postgironummer
Företagets adress	Telefon (även riktnummer)
Datum för upprättat avtal med assistansberättigad	Uppgift om kollektivavtal och andra avtal som arbetsgivaren ingått

Insjuknad ordinarie assistent

Namn + födelseår	Anställningsnummer	Tim- eller månadslön exkl semesterersättning	
Karensdag, datum	Sjukperiod, datum från och till	Antal tim med vik, dag 2-14 *	varav tim med OB-, jourtillägg *

* Specificera på sidan 2

Har den insjuknande assistenten särskilt högriskskydd eller någon form av lönebidrag?

Ja Nej

Får arbetsgivaren någon form av ersättning för den insjuknande assistenten?

Ja Nej

Yrkat belopp

Summa, fylls i av assistansberättigad eller ombud

Uppgifterna dataregistreras enligt Personuppgiftslagen § 10 och används för administration och avgiftshantering. För information och rättelse i registret kan du vända dig till adressen nedan.

Datum och underskrift av assistansberättigad eller ombud	Namnförtydligande
--	-------------------

Rapport över utförd assistans

Den assistansberättigade

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

Nedan redovisas sjukfrånvaro för dag 1-14.

Ange klockslag och räkna samman i hundradelar, till exempel 5 tim 30 min = 5,5 timmar.

Ange datum med dag/månad, till exempel 2/12.

Schemalagd tid för insjuknad assistent					
Datum	Förnamn + initial e-namn	Tjänstgöring fr o m - t o m	Antal tim	OB	Jour

Utförd tid av vikarie					
Datum	Förnamn + initial e-namn	Tjänstgöring fr o m - t o m	Antal tim	OB	Jour

Karens

Utförd assistanstid under ordinarie assistents sjukfrånvaro

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

Uppgiftslämnare

Underskrift
Namnförtydligande
Tjänsteställning

Bestyrkande

Jag har fått assistans under ordinarie persons sjukfrånvaro i den omfattning som redovisas ovan.
Underskrift
Namnförtydligande

Fullmakt att ansöka om eventuellt stöd enligt 9 § 2 för skäligen kostnader vid ordinarie assistens sjukfrånvaro.

Härmed ger jag fullmakt att vid ordinarie assistens sjukfrånvaro ansöka om tillfällig utökning av personlig assistans enligt 9 § 2 i form av skälig merkostnad som uppstår i samband med ordinarie assistens sjukfrånvaro med tillsatt vikare. Ombudet ges fullmakt att ta emot sådan ersättning från Österåkers kommun.

Den assistansberättigade

Namn		Personnummer
Gatuadress	Postadress	
E-post		Telefon

Ombud som fullmakten avser

Namn		Personnummer
Gatuadress	Postadress	
E-post		Telefon
Fullmakt gäller	fr o m	t o m

Underskrift av assistansberättigad

Ort och datum	Underskrift
---------------	-------------

Bevittnas

Ort och datum	Ort och datum
Underskrift	Underskrift
Namnförtydligande	Namnförtydligande

De lämnade uppgifterna dataregistreras enligt Personuppgiftslagen § 10. Dataregistret används för administration och avgiftshantering. För information och rättelse i registret vänder man sig till adressen nedan.