



MÖNSTERÅS KOMMUN, Biståndsenheten  
Box 54, 383 22 MÖNSTERÅS

**ANSÖKAN OM UTBETALNING AV  
EKONOMISKT STÖD  
enligt 9 § 2 LSS**

Datum \_\_\_\_\_

**Personuppgifter brukare**

Namn		Personnummer
Adress		Telefonnummer
Postnummer	Ort	

**Legal företrädare/ombud**

Namn		Telefonnummer
Adress		Uppdrag
Postnummer	Ort	Fullmakt <input type="checkbox"/> Bifogas <input type="checkbox"/> Tidigare insänt
Kontaktperson hos utförare		Telefonnummer
Ersättning betalas ut till konto		Faktura <input type="checkbox"/> Bifogas

**Styrkande av uppkommen merkostnad**

Ordinarie personlig assistent (namn)	Personnummer
Sjukperiod för ordinarie personlig assistent (datum)	
Karensdag (datum)	Styrkande underlag <input type="checkbox"/> Bifogas

**Vikarie under ordinarie personlig assistents sjukfrånvaro**

Namn	Datum	Klockslag	Antal timmar

- Kopia på löneutbetalning eller annan uppgift som styrker att kostnaderna är utbetalda bifogas.
- Tidrapport till försäkringskassan. Ordinarie personlig assistent och vikarie bifogas.
- Underlag för styrkande av merkostnadens storlek bifogas, se SKL cirkulär 2006:39 för förtydligande

**Underskrift**

Underskrift	Ort och datum
	Namnförtydligande