

Sammanställning- Styrkande av merkostnadens storlek

Kollektivavtal

Ordinarie personal

	Timmar	Ordinarie lön kr/tim	Sjuklön kr/tim	Summa
Sjuklön dag 2-14				
Semesterersättning dag 2-14				
Karensdag				
Semesterersättning under karensdag				
OB kväll				
OB natt				
OB helg				
OB Storhelg				
Jour/beredskap vardag				
Jour/beredskap helg				
Försäkring				
Sociala avgifter %				
			Summa	

Vikarie

	Timmar	Vik lön kr/tim	Summa
Lön karensdag			
Semesterersättning karensdag			
Lön dag 2- 14			
Semesterersättning 2- 14			
OB Kväll			
OB Natt			
OB Helg			
OB Storhelg			
Jour/beredskap vardag			
Jour/beredskap helg			
Försäkring			
Sociala avgifter %			
			Summa

Redovisade timmar till FK för utförd assistans under sjukperioden	Kr/tim	Timmar	Summa

Anvisningar

Ange period, från och med- till och med, samt den merkostnad som begäran/redovisningen avser.

1. Den assistansberättigades namn och personnummer.
2. Företrädare/assistansbolagets/kooperativets eller annans utförarens företagsnamn, kontaktperson, telefonnummer, e-post, organisationsnummer samt plus- eller bankgiro som betalningen ska ske till. Uppgifter om fullmakt. Referensnummer som ska anges på utbetalningen.
3. Den sjuka assistentens namn, personnummer. Datum för karensdag samt datum för dag 2 -14. Namn och personnummer på vikarier under perioden, datum och tid vikarie arbetat.
4. Begäran/Redovisningen ska vara underskriven av den assistansberättigade eller laglig ställföreträdare.

Bilagor

Samtliga bilagor ska bifogas vid ansökningstillfället.

Sammanställning- Styrkande av merkostnader (sid 2), ska vara komplett ifylld för att begäran ska handläggas.

Information

Ofullständig begäran/redovisning handläggs inte.
Fakturor mottages inte, dessa kommer återsändas omgående.

Begäran/Redovisningen skickas till:

Örkelljunga kommun
LSS
286 80 Örkelljunga