Försäkringskassan
0771-524 524
www.forsakringskassan.se

Ansökan
Assistansersättning - högre timbelopp

Personnummer

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

1. Du som har personlig assistans

Om ansökan gäller ett barn under 18 år ska barnets uppgifter fyllas i här även om vårdnadshavaren gör ansökan.

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)

2. Uppgifter om behovet av ett högre belopp än schablonbeloppet

	kronor per timme	från och med (datum)
Jag ansöker om		

3. Beskriv vilka särskilda behov du har och vilka särskilda kostnader de medför

☐ Jag lämnar upplysningar i en bilaga

Skriv ditt namn, personnummer och ”högre timbelopp” på bilagan.

4. Beskriv varför schablonbeloppet inte täcker kostnaderna för din personliga assistans

☐ Jag lämnar upplysningar i en bilaga

Skriv ditt namn, personnummer och ”högre timbelopp” på bilagan.

5. Hur är din assistans anordnad?

☐ Jag anställer mina assistenter själv.		
☐ Jag köper assistans av en anordnare.	Anordnarens namn	Organisationsnummer
Kontaktperson hos anordnaren	Namn	Telefon

30510105
FK 3051 (018 F 001) Fastställd av Försäkringskassan

6. Beräknade kostnader för din personliga assistans

Redovisa alla kostnader för din assistans under en av de beviljandeperioder du har enligt ditt beslut om rätten till assistansersättning.

Typ av kostnad	Kostnad per timme	Kostnad för en beviljandeperiod
Lön (utom OB) och lönebikostnader		
Lön i form av OB-tillägg		
Assistansomkostnader		
Utbildningskostnader		
Arbetsmiljöinsatser och personalomkostnader		
Administrationskostnader		
Summa kostnad för assistansen		
Antal timmar som kostnaderna beräknats på		

7. Vad ingår i kostnaderna?

Beskriv vilka kostnader som ingår i redovisningen, och förklara hur du kommit fram till samtliga kostnader.	☐ Jag lämnar upplysningar i en bilaga Skriv ditt namn, personnummer och ”högre timbelopp” på bilagan.

30510205

8. Underskrift

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga

När uppgifterna förändras måste jag meddela Försäkringskassan. Jag vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter, att utelämna något eller att inte meddela Försäkringskassan när uppgifterna jag lämnat förändras.

Datum	Namnteckning	Telefon

9. Fyll i här om du som skrivit under är ställföreträdare eller vårdnadshavare

Jag är ☐ vårdnadshavare ☐ god man ☐ förvaltare	Bifoga registerutdrag om ställföreträdarskap om det inte redan finns hos Försäkringskassan.
Namnförtydligande	Personnummer (12 siffror)

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

FK 3051 (018 F 001) Fastställd av Försäkringskassan