



Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

1. Personen som får personlig assistans av kommunen

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
-----------------------	---------------------------

2. Uppgifter om assistansen

Kommunen har haft följande kostnader för personlig assistans enligt 9 kap. 2 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Uppgifter om LSS-beslutet			
Beslutsdatum	Från och med	Till och med	Beslutat antal timmar

Väntetid - Assistans som lämnas under personens dygnsvila. Assistenten finns tillgänglig i väntan på att personen behöver hjälp.

Beredskapstid - Assistans som lämnas under personens dygnsvila. Assistenten finns till förfogande på annan plats i väntan på att personen behöver hjälp.

Redovisning av utförd assistans

År och månad	Aktiv tid	Väntetid	Beredskapstid	Kommunens avgift
				kronor
				kronor
				kronor
				kronor
				kronor
				kronor
Totalt belopp som kommunen begär:				kronor

3. Övriga upplysningar

--

4. Uppgifter om kommunen

Kommunens namn	Kontonummer som ersättningen ska betalas till	Organisationsnummer
Uppgiftslämnare på kommunen		Telefon, även riktnummer