

# Sammanställning för ersättning av personlig assistans

Blanketten ska skickas in varje månad i efterskott, senast den 10:e dagen i månaden, tillsammans med en kopia av tidsredovisningen för antal utförda timmar om inte dessa bifogats fakturan.

Tidsredovisningen ska undertecknas av den enskilde eller legal ställföreträdare samt assistenter eller assistansanordnare. Uppgifterna utgör underlag för den granskning av fakturan som kommunen gör.

År och månad	Fakturareferens
--------------	-----------------

## Personuppgifter (assistansberättigad)

Namn	Personnummer
Beviljade assistanstimmar per vecka	Period för beslutet, fr.o.m. – t.o.m.

## Redovisning av utförd assistans

Aktiv tid (timmar och minuter)	Väntetid (faktiska timmar och minuter)	Beredskapstid (faktiska timmar och minuter)
--------------------------------	--	---

Jag skickar med

(antal) tidsredovisning

Tidsredovisning har bifogats fakturan

## Har du vårdats på sjukhus den här månaden?

Nej

Ja	Första dagen på sjukhus den här månaden	Sista dagen på sjukhus den här månaden
----	---	--

Har du varit i kontakt med biståndshandläggare gällande personlig assistans under sjukhusvistelsen

Nej

Ja

Jag har fått personlig assistans under tiden jag vårdades på sjukhus. Timmarna ingår i redovisningen av utförd assistans.	Aktiv tid (timmar och minuter)	Väntetid (faktiska timmar och minuter)	Beredskapstid (faktiska timmar och minuter)
---	--------------------------------	--	---

## Har du anlitat en assistent som är bosatt utanför EES-området? (LSS 9d§)

Ja	Bifoga en förklaring till varför du behövde anlita en assistent på plats. Skicka också in handlingar som styrker dina uppgifter.		
Fr.o.m.–t.o.m.	Aktiv tid (timmar och minuter)	Väntetid (faktiska timmar och minuter)	Beredskapstid (faktiska timmar och minuter)

**Assistansanordnare** (arbetsgivare för personlig assistans som utför beviljade assistanstimmar)

Bolagets namn	Organisationsnummer
Telefon	E-post
Ersättningen betalas ut till bankgironummer	
Assistansanordnaren har tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	
Ja                      Nej	

### Underskrift

Vi har tagit del av kommunens villkor för ersättning av personlig assistans enligt 9§ 2 LSS, vilka vi förbinder oss att följa. Vi försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga. När uppgifterna förändras måste vi meddela Umeå kommun. Vi vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter, att utelämna något eller att inte meddela Umeå kommun när uppgifterna vi lämnat förändras.		
Datum	Namnteckning	Telefon

### Underskrift ställföreträdare

Jag/vi är                      vårdnadshavare                      god man                      förvaltare

Namn	Personnummer	Telefon
Namn	Personnummer	Telefon

### Blanketten skickas till

Umeå kommun  
Helena Holmlund  
Box 3045  
90302 Umeå