



Fullmakt

Begäran om ersättning vid ordinarie personlig assistents sjukfrånvaro.

Blanketten sänds till:

Nora kommun
LSS-handläggare
Tingshuset
713 80 Nora

Assistansberättigads uppgifter

Namn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
Telefon/Telefon mobil		
E-post		

Härmed ger jag fullmakt åt nedanstående ombud/assistansanordnare att vid ordinarie personlig assistents sjukfrånvaro ansöka hos kommunen om insats enligt 9 § 2 LSS i form av ersättning för de merkostnader som uppstått på grund av sjukfrånvaro. Ombudet har genom denna fullmakt rätt att mottaga sådan ersättning från kommunen.

Ombud/Assistansanordnarens uppgifter

Namn		Organisationsnr/Personnr
Utdelningsadress	Postnummer	Ort
Telefon/ Telefon mobil		
E-post		

Uppgifterna behandlas i enlighet med bestämmelserna i GDPR.

Assistansanordnare förbinder sig att meddela kommunen om fullmakten återkallas.

Assistansberättigad underskrift

Ort och datum

.....

Underskrift av assistansberättigad

.....

.....
Namnförtydligande