



2017-03-05

Fullmakt - Ansökan enligt 9 § 2 LSS om ekonomiskt stöd för merkostnad vid ordinarie assistents sjukfrånvaro

Uppgifter om den assistansberättigade		
Namn		Personnummer
Adress	Postnummer	Ort
Telefon/Mobiltelefon		
Epostadress		

Härmed ger jag fullmakt åt nedanstående ombud assistansanordnare att i samband med sjukfrånvaro hos min ordinarie personlig assistent, ansöka hos Kumla kommun om insats enligt 9 § 2 LSS i form av ekonomiskt stöd till den del behovet inte täcks av beviljad assistansersättning enligt SFB. Ombudet ges även fullmakt att ta emot sådan ersättning från Kumla kommun.

Assistansanordnare eller ombud		
Namn		Organisations nr/personnummer
Adress	Postnummer	Ort
Telefon/Mobiltelefon		
Epostadress		

Assistansanordnare förbinder sig att meddela kommunen om fullmakten återkallas.

Fullmaktsgivarens underskrift		
Datum	Fullmaktsgivarens namnteckning	Namnförtydligande