

Oskarshamns kommun

Box 706, 572 28 Oskarshamn

kommunen@oskarshamn.se, 010-35 60 000

Mellan nedanstående kommun och assistansanordnare träffas härmed följande överenskommelse om ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för personlig assistans vid ordinarie assistents sjukdom.

**Kommun**

Kommun
--------

**Handläggare**

Förnamn
---------

Efternamn
-----------

**Assistansanordnare**

Företag
---------

Postort
---------

Organisationsnummer
---------------------

Telefon (även riktnr)
-----------------------

Utdelningsadress
------------------

E-postadress
--------------

Postnummer
------------

**Kontaktperson**

Förnamn
---------

Efternamn
-----------

**Den assistansberättigade**

Förnamn
---------

Postnummer
------------

Efternamn
-----------

Postort
---------

Personnummer
--------------

Telefon (även riktnr)
-----------------------

Utdelningsadress
------------------

E-postadress
--------------

**Assistansbeslut**
**Assistansersättning SFB 51 kap**

Datum
-------

Omfattning, tim/vecka
-----------------------

Timersättning, kr
-------------------

**LSS-beslut**

Datum
-------

Omfattning, tim/vecka
-----------------------

Timersättning, kr
-------------------

**Assistansanordnarens uppdrag**

Den assistansberättigade har enligt avtal givit ovanstående assistansanordnare i uppdrag att vara arbetsgivare för sin/sina personliga assistent/-er med nedanstående antal timmar per vecka.

Avtalet upprättat, datum
--------------------------

Antal timmar/vecka
--------------------

Oskarshamns kommun

## Kommunens skyldighet

### Sjuklön

Kommunen förbinder sig att betala sjuklönekostnader till ovanstående assistansanordnare vid ordinarie assistents sjukdom. Ersättningen utbetalas enligt lagen om sjuklön och kollektivavtal samt sociala avgifter och semesterersättning.

### Kommunens utbetalning

Kommunen förbinder sig att utbetala ersättningen inom ..... (antal dagar) från mottagandet av fakturan.

### Specificerad faktura

Kommunen betalar ersättning mot faktura. Denna ska innehålla följande uppgifter:

1. Den assistansberättigades namn, personnummer, adress och telefonnummer
2. Sjukdomsperiod, datum och antal timmar
3. Utbetalad sjuklön för ordinarie assistent plus sociala avgifter och semesterersättning
4. Summa yrkat belopp
5. Uppgift om utbetalningssätt
6. Uppgiftslämnare hos assistansanordnaren

## Assistansanordnarens skyldighet

Assistansanordnaren förbinder sig att omgående underrätta kommunen om avtalet med den assistansberättigade upphävs eller förändras.

## Avtalets giltighetstid

Detta avtal gäller fr.o.m. .... (datum) och tills vidare, med en månads uppsägning. Avtalet upphör att gälla utan föregående uppsägning om avtalet mellan den assistansberättigade och assistansanordnaren upphör att gälla.

Detta avtal har upprättats i två exemplar, varav parterna tagit var sitt.

## Underskrifter

Ort, datum och underskrift (kommunen)

Ort, datum och underskrift (assistansanordnaren)

Namnförtydligande

Namnförtydligande



Oskarshamns  
kommun

Oskarshamns kommun

**Hantering av personuppgifter:**

Kommunen blir personuppgiftsansvarig för personuppgifterna först när den ifyllda blanketten tagits emot av kommunen. Uppgifterna kommer att behandlas enligt dataskyddsförordningen. För mer information om hur personuppgifterna behandlas i ditt ärende hänvisas till kommunens webbplats.