



Fullmakt

Begäran om ersättning vid ordinarie personlig assistents sjukfrånvaro

Assistansberättigad

Namn	Personnummer
E-postadress	Telefon (inkl. riktnummer)
Adress (gatuadress, postnummer och ort)	

Härmed ger jag fullmakt åt nedanstående person att vid ordinarie personlig assistent sjukfrånvaro hos kommunen ansöka om insats enligt 9 § 2 LSS i form av ersättning för merkostnader som uppstått på grund av sjukfrånvaron. Ombudet ges fullmakt att motta sådan ersättning från kommunen.

Ombud

Namn	Telefon (inkl. riktnummer)
Adress (gatuadress, postnummer och ort)	

Ombudet förbinder sig att utan dröjsmål meddela kommunen om fullmakten återkallas.

Kommun

Kristinehamns kommun	IFO Socialförvaltningen
IFO Socialförvaltningen, 681 84 Kristinehamn	0550-880 00

Underskrift av assistansberättigad

Ort och datum	Namnteckning
---------------	--------------

Bevittnas

Namnteckning	Namnteckning
Namnförtydligande	Namnförtydligande
Telefonnummer	Telefonnummer