



Eskilstuna  
kommun

## Redovisning av utförd assistans enligt 9 § 2 LSS

### Uppgifter om sökanden

Namn		Personnummer
Utdelningsadress		Tfn hem
Postadress		Tfn arbete
Ombud (om ombud/god man finns bifogas fullmakt)		
Assistansanordnare	Organisationsnummer	
Ersättning utbetalas till konto:		Referens
Anordnaren har tillstånd från socialstyrelsen enl nr:		Innehar F-skattsedel ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>

### Periodens utförda timmar enligt bifogat underlag

Gäller för period: År och månad	Totalt antal utförda timmar under perioden	Varav timmar utförda av samman- boende anhörig	Varav timmar utförda av personal med relevant utbildning

SUMMA begärd ersättning för perioden

kr

Bifogat underlag

Fullmakt bifogas

Fullmakt tidigare insänt

Kopia av tidrapporter

Att ovanstående uppgifter är riktiga intygas härmed samt att jag godkänner registrering av personuppgifter:

Datum	Underskrift av den assistansberättigade eller ombud samt namnförtydligande
-------	--

Ifylls av Eskilstuna kommun

Ersättning betalas ut enligt nedan

Utbetalningsdag:

\_\_\_\_\_

Summa ersättning:

kr

Datum

Underskrift

Ansökan skickas till:

Vård- och omsorgsförvaltningen, Biståndskontoret, Fröslunda centrum, 631 86 Eskilstuna