

Ansökan Om ekonomiskt stöd vid ordinarie assistents sjukdom enligt 9§2 LSS

Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje

Ansökan skickas till:

Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje
Box 801
761 28 Norrtälje

Den assistansberättigades namn:	Personnummer:
Adress och postadress:	Telefonnummer:
Assistansanordnare (ombud/god man):	Telefonnummer:
Adress och postadress:	Organisationsnummer:
Kollektivavtal:	

Bifogat underlag

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fullmakt bifogas | <input type="checkbox"/> Kopia av tidrapporter sjukvikarier |
| <input type="checkbox"/> Fullmakt tidigare insänt | <input type="checkbox"/> Specifikation på utbetald vikarielön samt sjuklön till ordinarie assistent |
| <input type="checkbox"/> Kopia av sjukanmälan och kopia av tidrapporter ordinarie | |

För förtydligande av begärda uppgifter, se SKL cirkulär 2006:39.

Personuppgifter som är av betydelse vid utredning och bedömning av ansökan kan komma att registreras, uppgifterna används för diarium, handläggning av ärende samt statistik och arkivering. Personuppgiftsansvarig är: kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje. Box 801, 761 28 Norrtälje. Som registrerad har du rätt till att en gång per år efter skriftlig begäran få information om vilka personuppgifter som behandlas hos oss. Uppgifter som på något sätt är felaktiga, missvisade eller ofullständiga rättas på begäran av den registrerade.

Härmed intygas att uppgifterna i ansökan är riktiga samt att jag godkänner registrering av personuppgifter.

Datum:	Underskrift av den assistansberättigade eller ombud:	Namnförtydligande:
--------	--	--------------------

