

Fullmakt
Ersättning vid ordinarie personlig
assistents sjukfrånvaro.



Skickat till:

Laxå kommun
Biståndshandläggare LSS
Postgatan 2-4
695 80 Laxå

Uppgifter om den insatsberättigade

Namn		Personnummer	
Adress		Postnummer	Ort
Telefon	Mobil		
E-post			

Härmed ger jag assistansanordnare/ombud fullmakt att hos kommunen ansöka om insats enligt 9 § 2 LSS hos kommunen för merkostnader som uppstått på grund av ordinarie assistents sjukfrånvaro. Assistansanordnare/ombud har genom denna fullmakt rätt att ta emot sådan ersättning från kommunen.

Assistansanordnare/ombud

Namn		Personnummer/organisationsnummer	
Adress		Postnummer	Ort
Telefon	Mobil		
E-post			

Uppgifterna behandlas enligt PUL

Assistansanordnaren ansvarar för att meddela kommunen om fullmakten återkallas

Fullmaktsgivare

Namnförtydligande

Underskrift

Ort:

Datum: