

FULLMAKT

Datum

★ = Obligatoriskt fält

Assistansberättigad (namn)		Personnummer ★
Utdelningsadress (gata, box etc)	Postnummer	Postort
E-postadress		Telefon (även riktnr)

Härmed ger jag fullmakt åt nedanstående person att vid sjukfrånvaro hos ordinarie personlig assistent hos kommunen ansöka om insats enligt 9 § 2 LSS i form av biträde av personlig assistent (dvs att kommunen tillhandahåller en vikarie) eller ersättning för skäligen kostnader för personlig assistans till den del behovet inte täcks av beviljad assistansersättning (täckning för de merkostnader som uppstår i samband med sjukfrånvaron). Ombudet ges fullmakt att mottaga sådan ersättning från kommunen.

Ombud

Namn		Telefon (även riktnr)
Utdelningsadress (gata, box etc)	Postnummer	Postort

Kommun

Namn	Förvaltning	Telefon (även riktnr)
Utdelningsadress (gata, box etc)	Postnummer	Postort

Underskrift av assistansberättigad

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

Bevittnas

Namnteckning	Namnteckning
Namnförtydligande	Namnförtydligande