

Omsorgsförvaltningen  
532 88 SKARA  
0511-320 00, omsorgen@skara.se

Skickas till

★ = Obligatoriskt fält

**Försäkringskassan**

Handläggare: Förnamn	Efternamn
Telefon (även riktnr)	
E-postadress	

**Personuppgifter**

Samtliga förnamn	Efternamn	Personnummer ★
E-postadress		Telefon (även riktnr)
Utdelningsadress (gata, box etc)	Postnummer	Postort

**Företrädare** (vårdnadshavare, god man, förvaltare, ombud enligt fullmakt)

Samtliga förnamn	Efternamn	Personnummer
E-postadress		Telefon (även riktnr)
Utdelningsadress (gata, box etc)	Postnummer	Postort

**Försäkringskassans beslut**

Omfattning tim/vecka	Datum för beslut
----------------------	------------------

**Kommunens tidsbegränsade beslut**

Assistans har beviljats enligt LSS 9 § p 2	Omfattning tim/vecka	Datum för beslut
--	----------------------	------------------

**Ersättningen betalas till**

Kommun	Organisationsnummer	Bank-/Postgirokonto nr
--------	---------------------	------------------------

**Bilaga**

Avtal om personlig assistans

Jag begär att ersättningen för assistansen betalas till ovanstående kommun.

.....  
(Underskrift ersättningsberättigad/företrädare)