



Fullmakt

För ansökan om ekonomiskt stöd för skäligen kostnader för personlig assistans enligt 9§2 LSS vid ordinarie personlig assistents sjukdom

Assistansberättigad

Namn		Personnummer
Postadress		Postnummer
Telefon	E-post	

Härmed ger jag fullmakt åt nedanstående person att, vid sjukfrånvaro hos ordinarie personlig assistent, ansöka hos Haninge kommun om insats enligt 9 § 2 LSS i form av ersättning för skäligen kostnader för personlig assistans till den del behovet inte täcks av beviljad assistansersättning (täckning för merkostnader som uppstått i samband med ordinarie personlig assistents sjukfrånvaro). Ombudet ges även fullmakt att mottaga sådan ersättning från Haninge kommun.

Ombud

Assistansanordnare (om företag):		
Namn		Personnummer
Postadress		Postnummer
Telefon	E-post	

Kommun

Namn	Förvaltning	
Postadress		Postnummer
Telefon		

Underskrift av assistansberättigad/företrädare

Ort	Datum
Underskrift	
Namnförtydligande	

Bevittnas

Underskrift	Underskrift
Namnförtydligande	Namnförtydligande