



MÖNSTERÅS KOMMUN, Biståndsenheten  
Box 54, 383 22 MÖNSTERÅS

## FULLMAKT SJUKLÖNEERSÄTTNING personlig assistans

Datum \_\_\_\_\_

### Personuppgifter assistansberättigad

Namn		Personnummer
Adress		Telefonnummer
Postnummer	Ort	

Jag ger fullmakt åt assistansanordnaren att hos kommunen ansöka om insats enligt LSS 9 § 2 det vill säga begära ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för personlig assistans vid ordinarie assistents sjukdom och att ersättningen ska utbetalas till assistansanordnaren.

### Ombud

Namn		Personnummer
Adress		Telefonnummer
Postnummer	Ort	

### Underskrift assistansberättigad

Underskrift	Ort och datum
	Namnförtydligande