

Kommunal nämnd (plats för stämpel)
Handläggare
Telefon (även riktnr)

## BEGÄRAN om att assistans- ersättning skall betalas till kommunen

Datum

-----

Försäkringskassan

-----

-----

### Personuppgifter

Efternamn och samtliga förnamn	Personnummer
Adress (utdelningsadress, pstnummer och postort)	Telefon (även riktnr)

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

Efternamn och samtliga förnamn	Personnummer
Adress (utdelningsadress, pstnummer och postort)	Telefon (även riktnr)

### 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
--------	---------------------	------------------------

Jag begär att ersättningen för assistansen betalas till ovanstående kommun.

-----  
(Underskrift ersättningsberättigad/företrädare)