

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

AVTAL om personlig assistans

Datum

Mellan ovanstående kommun och den ersättningsberättigade har följande avtal ingåtts.

Ersättningsberättigad

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)

1 § Avtalets giltighet

För detta avtal gäller att assistansersättningen utbetalas från Försäkringskassan till kommunen.

2 § Assistansens omfattning

<input type="checkbox"/> Kommunen åtar sig att utföra assistansen enligt Försäkringskassans utredning och beslut	Datum för beslut
<input type="checkbox"/> Kommunen beviljar assistans i avvaktan på Försäkringskassans beslut	-----

3 § Kommunens åtaganden

Kommunen utför assistansen enligt **erbjudande** om personlig assistans, bilaga.

4 § Den ersättningsberättigades åtaganden

- Den ersättningsberättigade åtar sig att fullgöra vad som framgår av **erbjudande** om personlig assistans.
- Den ersättningsberättigade skall enligt RFV:s föreskrift efter utgången av varje månad underteckna och sända in fastställd räkningsblankett till Försäkringskassan inom av Försäkringskassan fastställd tid.

5 § Den ersättningsberättigades anmälningskyldighet

Den ersättningsberättigade skall till kommunen	Antal dagar i förväg
• ansöka om tillfälligt utökat behov av assistans	-----
• anmäla planerat avbrott i assistansen	-----
• anmäla önskemål om byte av assistent	-----

6 § Avtalets giltighetstid

Avtalet upphör att gälla genom uppsägning.

Uppsägningstiden är _____ månader.

Uppsägningen skall ske skriftligen.

Övrigt

Datum och underskrifter

Ersättningsberättigad	Handläggare