

Sotenäs kommun, Miljö- och Bygghkontoret

456 80 Kungshamn

mbk@sotenas.se, 0523 66 40 00

## Begäran om att assistansersättning ska betalas till kommunen

Datum

.....

Skickas till Försäkringskassan

### Handläggare

Förnamn

Efternamn

Telefon (även riktnr)

E-postadress

### Personuppgifter

Förnamn

Efternamn

Personnummer

Utdelningsadress

Postnummer

Postort

Telefon (även riktnr)

E-postadress

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

Förnamn

Efternamn

Personnummer

Utdelningsadress

Postnummer

Postort

Telefon (även riktnr)

E-postadress

### Försäkringskassans beslut

Datum för beslut

Omfattning, tim/vecka

### Kommunens tidsbegränsade beslut

Assistans har beviljats enligt LSS 9 § p 2

Datum för beslut

Omfattning, tim/vecka

### Ersättningen betalas till

Kommun

Organisationsnummer

Bank-/Plusgirokonto nr

### Bilaga

 Avtal om personlig assistans

Jag begär att ersättningen för assistansen betalas till ovanstående kommun.

### Underskrift

Underskrift (ersättningsberättigad/företrädare)

Namnförtydligande

**Hantering av personuppgifter:**

Kommunen blir personuppgiftsansvarig för personuppgifterna först när den ifyllda blanketten tagits emot av kommunen. Uppgifterna kommer att behandlas enligt dataskyddsförordningen.

För mer information om hur personuppgifterna behandlas i ditt ärende hänvisas till kommunens hemsida.