**Fullmakt - Ansökan enligt 9§ 2 LSS om ekonomiskt stöd för merkostnad vid ordinarie assistents sjukfrånvaro**

**Uppgifter om den assistansberättigade**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Assistansberättigad*** (namn) | ***Personnummer*** |
| ***Adress*** (utdelningsadress, postnummer och postort) | ***Telefon***(även riktnr) |
| ***E-postadress*** | |

Härmed ger jag fullmakt åt nedanstående ombud assistansanordnare att i samband med sjukfrånvaro hos min ordinarie personlig assistent, ansöka hos Klippans kommun om insats enligt 9 § 2 LSS i form av ekonomiskt stöd till den del behovet inte täcks av beviljad assistansersättning enlig SFB. Ombudet ges även fullmakt att ta emot sådan ersättning från Klippans kommun.

***Assistansanordnare eller ombud***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Namn*** | ***Telefon***(även riktnr) |
| ***Adress*** (utdelningsadress, postnummer och postort) | |

Assistansanordnare förbinder sig att meddela kommunen om fullmakten återkallas.

***Underskrift av assistansberättigad/fullmaktsgivare***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Ort och datum*** | ***Namnteckning*** |

***Bevittnas***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Namnteckning*** | ***Namnteckning*** |
| ***Namnförtydligande*** | ***Namnförtydligande*** |