**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***      |