



Begäran om att assistansersättning ska betalas till kommunen

Datum

.....

Älvdalens kommun

Box 100 , 796 22 Älvdalen

kommun@alvdalen.se , 0251-313 00

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



Älvdalens kommun

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.