

År och månad

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Skicka blanketten till  
Försäkringskassans inläsningscentral  
839 88 Östersund

**1. Personen som har personlig assistans**

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
-----------------------	---------------------------

**2. Du som är assistent**

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
Bostadsadress	Postnummer och ort

**3. Redovisning av utförd assistans**

Skriv den faktiska tiden i timmar och hundradelar. Tid för personalmöten, utbildning med mera ska inte redovisas eftersom kostnaden för detta ingår i assistansersättningens timbelopp.

**Omvandling från minuter till hundradelar**

5 min = 0,08	25 min = 0,42	45 min = 0,75
10 min = 0,17	30 min = 0,5	50 min = 0,83
15 min = 0,25	35 min = 0,58	55 min = 0,92
20 min = 0,33	40 min = 0,67	

Dag	Assistanstid (klockslag)	Tid	Väntetid	Bered- skapstid	Dag	Assistanstid (klockslag)	Tid	Väntetid	Bered- skapstid	
	-					-				
	-					-				
	-					-				
	-					-				
	-					-				
	-					-				
	-					-				
	-					-				
	-					-				
	-					-				
	-					-				
	-					-				
	-					-				
	-					-				
	-					-				
	-					-				
	-					-				
	-					-				
					<b>Summa tid:</b>					
							Tiderna förs över till Räkning assistansersättning (3057)			

**4. Underskrift av dig som är assistent**

Jag intygar att uppgifterna är riktiga.		
Datum	Namnsteckning	Telefon, även riktnummer

När du har skrivit under blanketten lämnar du den till din arbetsgivare.

Du som är anordnare och har avtal med personen som har personlig assistans ska skriva under uppgifterna i tidsredovisningen.

Om du som får personlig assistans själv är arbetsgivare till assistenten ska du skriva under uppgifterna i tidsredovisningen

**5. Uppgifter om kollektivavtal**

Assistenten omfattas av följande kollektivavtal (markera med kryss)					
<input type="checkbox"/> KFO	<input type="checkbox"/> KFS	<input type="checkbox"/> HÖK/AB (SKL)	<input type="checkbox"/> PAN (SKL)	<input type="checkbox"/> Vårdföretagarna, bransch G	
<input type="checkbox"/> Annat: _____	<input type="checkbox"/> Assistenten omfattas inte av något kollektivavtal				

**6. Uppgifter om den anordnare som har avtal med personen som får personlig assistans**

Namn på anordnaren		Organisationsnummer
Kontaktperson		Telefon, även riktnummer
<input type="checkbox"/> Vi är arbetsgivare för assistenten och har avtal med personen som får personlig assistans		
<input type="checkbox"/> Vi är uppdragsgivare åt assistenten som är anställd av en annan arbetsgivare	Arbetsgivarens namn	Organisationsnummer
<input type="checkbox"/> Vi har tillstånd från Socialstyrelsen eller Inspektionen för vård och omsorg (gäller inte kommunen)		
Datum	Namnsteckning	Befattning