



SÄFFLE KOMMUN

Löneenheten

Ifylles av person som utfört vård och tillsyn

ERSÄTTNING FÖR av förtroendevalds anhörig

## VÅRD OCH TILLSYN AV FUNKTIONSHINDRAD / SVÅRT SJUK

Inlämnas till löneenheten senast den sista i månaden för utbetalning månaden efter.

Ersättning utbetalas inte för vård och tillsyn som sker genom egen familjemedlem eller annan närstående, såsom make, maka, registrerad partner, sambo, barn, föräldrar, syskon, svärföräldrar samt mor- och farföräldrar

Härmed intygar jag \_\_\_\_\_

förnamn, efternamn

, personnummer (ååmmdd-nnnn)

Adress: \_\_\_\_\_

Postnr: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Att jag har utfört vård och tillsyn av förtroendevalds anhörig, då den förtroendevalde har deltagit i politiskt uppdrag.

Förtroendevalds för- och efternamn: \_\_\_\_\_

Datum för vård/tillsyn: \_\_\_\_\_

år mån dag

Fr.o.m kl. \_\_\_\_\_

: tt mm

T.o.m. kl. \_\_\_\_\_

: tt mm

Total tid som vård och tillsyn utförts: \_\_\_\_\_ timmar och \_\_\_\_\_ minuter

Brukarens för- och efternamn: \_\_\_\_\_

Brukarens pers nr<sup>1)</sup>: \_\_\_\_\_

åå mm dd

Underskrift: \_\_\_\_\_

person som utfört bamtillsyn

Jag önskar få min ersättning insatt på konto i: \_\_\_\_\_

ange bank

Clearingnummer: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

<sup>1)</sup> För att påvisa att vård och tillsyn av personen är nödvändig, skall särskilt intyg från Försäkringskassan eller ett utlåtande från läkare bifogas denna ansökan.

Härmed intygas att jag har erhållit vård och tillsyn av funktionshindrad eller svårt sjuk anhörig, p.g.a. deltagande i politiskt uppdrag:

\_\_\_\_\_  
underskrift, förtroendevald

Underskrift, nämndsekreterare:

Löneenhet: