



**ANSÖKAN OM ERSÄTTNING FÖR
BARNTILLSYN ELLER
VÅRD- OCH TILLSYN AV
FUNKTIONSHINDRAD/SVÅRT SJUK**

Original till lönekonsult

PERSONUPPGIFTER fylls i av den som utfört tillsynen

Förnamn och efternamn	Personnummer
Adress	Telefonnummer

KONTOUPPGIFTER ange var du önskar få ersättningen insatt

Bank	Clearing nummer	Kontonummer
------	-----------------	-------------

<input type="checkbox"/> Jag har utfört barntillsyn åt förtroendevald då denne har deltagit i politiskt uppdrag.
<input type="checkbox"/> Jag har utfört vård och tillsyn av anhörig åt förtroendevald då denne har deltagit i politiskt uppdrag.

UPPGIFTER OM TILLSYVEN

Barnets/brukarens för- och efternamn	Barnets/brukarens personnummer
Datum (år-mån-dag) Fr.o.m. kl.	Datum (år-mån-dag) T.o.m. kl.
Total tid som vård/tillsyn utförts: tim min	

UNDERSKRIFT av den som utfört tillsynen

Datum (år-mån-dag)	Underskrift
--------------------	-------------

UPPGIFTER OM UPPDRAGET fylls i av förtroendevald

Förtroendevalds för- och efternamn:	
Ange vilket politiskt uppdrag som du har närvarat vid:	
Datum (år-mån-dag) Fr.o.m. kl.	Datum (år-mån-dag) T.o.m. kl.

UNDERSKRIFTER

Datum (år-mån-dag)	Underskrift förtroendevald	
Datum (år-mån-dag)	Underskrift nämndsekreterare	Namnförtydligande nämndsekreterare

För att påvisa att vård och tillsyn av personen är nödvändig, skall särskilt intyg från Försäkringskassan eller ett utlåtande från läkare bifogas denna ansökan. Ansökan om ersättning måste ha inkommit till Säffle Kommuns lönekonsult inom två månader efter uppdraget för att utbetalning skall kunna ske.

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.