

Fullmakt att ansöka om insats enligt 9 § 2 LSS

Har du frågor?

Gävle kommun
Välfärd Gävle
Telefon 026-17 80 00
gavle.kommun@gavle.se

Skickas till:

Gävle kommun
Välfärd Gävle
Box 825
801 30 Gävle

Ansvarig myndighet Arbetsmarknads - och funktionsrättsnämnden.

Härmed ger jag fullmakt åt nedanstående person/personer att vid sjukfrånvaro hos ordinarie personlig assistent hos Gävle kommun ansöka om insats enligt 9 § 2 LSS i form av vikarie eller ersättning för skäligen kostnader för personlig assistans till den del som inte täcks av beviljad assistansersättning (täckning för de merkostnader som uppstått i samband med sjukfrånvaro). Ombudet ges fullmakt att ta emot sådan ersättning från Gävle kommun.

Ombud (namngiven person/personer)

För- och efternamn, person 1	Telefonnummer
Utdelningsadress (gata, box etc.)	Postnummer och postort
För- och efternamn, person 2	Telefonnummer
Utdelningsadress (gata, box etc.)	Postnummer och postort
För- och efternamn, person 3	Telefonnummer
Utdelningsadress (gata, box etc.)	Postnummer och postort
För- och efternamn, person 4	Telefonnummer
Utdelningsadress (gata, box etc.)	Postnummer och postort
För- och efternamn, person 5	Telefonnummer
Utdelningsadress (gata, box etc.)	Postnummer och postort

Kommun

Gävle kommun Myndighetskontoret, Välfärd Gävle

Underskrift av den assistansberättigade

Ort	Datum
Namnteckning	Namnförtydligande

Bevittnas av två personer

Namnteckning	Namnförtydligande
Namnteckning	Namnförtydligande

Gävle kommun behandlar de personuppgifter du lämnar enligt EU:s dataskyddsförordning. Du kan ta del av den lagliga grunden för behandlingen av dina personuppgifter på www.gavle.se/dataskydd. Om du undrar över något kan du mejla till dataskyddsombud@gavle.se eller ringa 026-178000 och be om att få tala med ett dataskyddsombud.