



# Bromölla kommun

## Avtal om hantering av sjuklönekostnader för personliga assistenter

Bromölla kommun  
Box 18, 295 21 Bromölla  
0456-82 20 00

Mellan nedanstående kommun och assistansanordnare träffas härmed följande överenskommelse om ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för personlig assistans vid ordinarie assistents sjukdom.

### Kommun

### Handläggare

Efternamn

### Assistansanordnare








### Kontaktperson



### Den assistansberättigade









### Assistansbeslut

#### Assistansersättning SFB 51 kap




#### LSS-beslut




### Assistansanordnarens uppdrag

Den assistansberättigade har enligt avtal givit ovanstående assistansanordnare i uppdrag att vara arbetsgivare för sin/sina personliga assistent/-er med nedanstående antal timmar per vecka.



# Bromölla kommun

## Kommunens skyldighet

### Sjuklön

Kommunen förbinder sig att betala sjuklönekostnader till ovanstående assistansanordnare vid ordinarie assistents sjukdom. Ersättningen utbetalas enligt lagen om sjuklön och kollektivavtal samt sociala avgifter och semesterersättning.

### Kommunens utbetalning

Kommunen förbinder sig att utbetala ersättningen inom ..... (antal dagar) från mottagandet av fakturan.

### Specificerad faktura

Kommunen betalar ersättning mot faktura. Denna ska innehålla följande uppgifter:

- Den assistansberättigades namn, personnummer och telefonnummer
- Specifikation för personlig assistents sjukfrånvaro (datum och tid)
- Vikaries arbetstid (tidsredovisning)
- Grundlön per timme
- Eventuellt ob-tillägg
- Semesterersättning
- Sociala kostnader enligt lag och avtal
- Pensionskostnader och försäkringar enligt lag och avtal
- Administrationskostnader
- Summa yrkat belopp
- Uppgift om utbetalningssätt
- Uppgiftslämnare hos assistansanordnaren

### Assistansanordnarens skyldighet

Assistansanordnaren förbinder sig att omgående underrätta kommunen om avtalet med den assistansberättigade upphävs eller förändras. Innan faktura ställs till kommun i enlighet med detta avtal ska även den assistansberättigade, eller fullmaktsinnehavare/assistansanordnare, inkomma med ansökan om tillfällig utökning av personlig assistans enligt 9 § 2 LSS vid ordinarie assistents sjukdom. Ansökan ska ställas till LSS-handläggare på aktuellt dokument.

### Avtalets giltighetstid

Detta avtal gäller fr.o.m. .... (datum) och tills vidare, med en månads uppsägning. Avtalet upphör att gälla utan föregående uppsägning om avtalet mellan den assistansberättigade och assistansanordnaren upphör att gälla.

Detta avtal har upprättats i två exemplar, varav parterna tagit var sitt.

### Underskrifter

Ort, datum och underskrift (kommunen)

Namnförtydligande

Ort, datum och underskrift (assistansanordnaren)

Namnförtydligande