



## Begäran om att assistansersättning ska betalas till kommunen

Datum

.....

Sorsele kommun

924 81 Sorsele

kommun@sorsele.se, 0952-140 00

Skickas till Försäkringskassan

### Handläggare

 Förmamn

 Efternamn

 Telefon (även riktnr)

 E-postadress

### Personuppgifter

 Förmamn

 Efternamn

 Personnummer

 Utdelningsadress

 Postnummer

 Postort

 Telefon (även riktnr)

 E-postadress

### Företrädare (vårdnadshavare, god man, förvaltare, ombud enligt fullmakt)

 Förmamn

 Efternamn

 Personnummer

 Utdelningsadress

 Postnummer

 Postort

 Telefon (även riktnr)

 E-postadress

### Försäkringskassans beslut

 Datum för beslut

 Omfattning, tim/vecka

### Kommunens tidsbegränsade beslut

Assistans har beviljats enligt LSS 9 § p 2

 Datum för beslut

 Omfattning, tim/vecka

### Ersättningen betalas till

 Kommun

 Organisationsnummer

 Bank-/Plusgirokonto nr

### Bilaga

 Avtal om personlig assistans

Jag begär att ersättningen för assistansen betalas till ovanstående kommun.

### Underskrift

 Underskrift (ersättningsberättigad/företrädare)

 Namnförtydligande



**SORSELE KOMMUN**  
SUORSÁN TJEÄLDDIE

Sorsele kommun

**Hantering av personuppgifter:**

Kommunen blir personuppgiftsansvarig för personuppgifterna först när den ifyllda blanketten tagits emot av kommunen. Uppgifterna kommer att behandlas enligt dataskyddsförordningen. För mer information om hur personuppgifterna behandlas i ditt ärende hänvisas till kommunens hemsida.