

# Fullmakt

För ansökan enligt 9§ 2 LSS om ersättning för merkostnader vid ordinarie assistents sjukfrånvaro

## Information om den assistansberättigade

Namn		Personnummer	
Adress	Postnummer	Ort	
Telefonnummer			
E-postadress			

Härmed ger jag nedanstående assistansanordnare/ombud fullmakt att ansöka om insats enligt 9 § 2 LSS om ersättning för merkostnader vid ordinarie assistents sjukfrånvaro hos Bjuvs kommun som inte täcks av beviljad assistansersättning enligt Socialförsäkringsbalken. Assistansanordnare/ombud ges även fullmakt att ta emot sådan ersättning från Bjuvs kommun.

## Assistansanordnare eller ombud

Namn		Personnummer/organisationsnummer	
Adress	Postnummer	Ort	
Telefonnummer			
E-postadress			

Assistansanordnare/ombud har ansvar för att meddela kommunen om fullmakten återkallas.

## Fullmaktsgivare

Ort	Datum
Fullmaktsgivarens namnteckning	Namnförtydligande

## Personuppgifter

Uppgifterna i denna blankett kommer att behandlas i enlighet med bestämmelserna i den allmänna dataskyddsförordningen (Europaparlamentets och rådets förordning nr. 2016/679).

För mer information om behandlingen av personuppgifter och dina rättigheter som registrerad, vänligen besök kommunens hemsida, [www.bjuv.se/personuppgifter](http://www.bjuv.se/personuppgifter). Du kan även besöka Integritetsmyndighetens hemsida, [www.imy.se](http://www.imy.se), för ytterligare information om personuppgiftsbehandling.

Genom att du skickar in denna blankett medger du att du har tagit del av ovanstående information avseende behandlingen av dina personuppgifter av vård- och omsorgsnämnden i Bjuvs kommun.