

## Fullmakt

**Blanketten skickas till:**

Lerums kommun  
Stöd och omsorg  
Administrativ handläggare  
443 80 Lerum

**Uppgifter assistansberättigad**

Namn	Personnummer
Adress	Tel.nummer

Härmed ger jag fullmakt åt nedanstående ombud/assistansanordnare att vid ordinarie personlig assistents sjukfrånvaro ansöka hos kommunen om insats enligt 9 § 2 LSS i form av ersättning för de merkostnader som uppstått på grund av sjukfrånvaro. Ombudet har genom denna fullmakt rätt att mottaga sådan ersättning från kommunen.

**Uppgifter assistansanordnare/ombud**

Namn	Tel.nummer	
Adress	E-post	

**Assistansanordnare förbinder sig att meddela kommunen om fullmakten återkallas.**

**Underskrift assistansberättigad/fullmaktsgivare**

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
-------	-------------	-------------------