



Information om kollektivavtal - Bilaga ansökan om merkostnad för sjuklön

Den assistansberättigades namn: _____

Personnummer: _____

Telefonnummer/e-post: _____

Legal företrädare/ombud namn: _____

Assistansanordnare: _____

Adress: _____

Post nr: _____

Ort: _____

Kollektivavtal: _____

Semesterersättning: _____

Sociala avgifter %: _____

Pension- och försäkringsavgifter % enligt avtal: _____

OB och Jourersättningar: _____

OB ersättning	Belopp
kväll	
natt	
helg	
storhelg	
Jour	
Jour helg	

Att ovanstående uppgifter är riktiga intygas härmed:

Datum: _____

Underskrift av assistansberättigad eller ombud _____

Namnförtydligande _____