

Sanningsförsäkran utförd personlig assistans

Blanketten ska skickas in varje månad i efterskott, tillsammans med en kopia av tidsredovisningen för antal utförda timmar. Sanningsförsäkran ska undertecknas av den enskilde/ställföreträdare/fullmaktshavare. Tidsredovisningarna ska undertecknas av de personliga assistenterna. Uppgifterna utgör underlag för kommunen vid granskning av fakturor.

År och månad

--

1. Personen som har personlig assistans

Förnamn	Efternamn	Personnummer (12 siffror)
---------	-----------	---------------------------

2. Antal beviljade assistanstimmar

Antal beviljade timmar och minuter per månad	Period för beslutet fr o m – t o m
--	------------------------------------

3. Redovisning av utförd assistans

Aktiv tid		Väntetid, faktiska timmar		Beredskapstid, faktiska timmar	
Tim	Min	Tim	Min	Tim	Min
Tidsredovisning för personlig assistans					
Jag skickar med (antal)					

4. Har du vårdats på sjukhus den här månaden?

<input type="checkbox"/> NEJ					
<input type="checkbox"/> JA, fyll i nedan					
Första dagen på sjukhus den här månaden			Sista dagen på sjukhus den här månaden		
Har du varit i kontakt med biståndshandläggare gällande personliga assistans under sjukhusvistelsen?					
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ					
<input type="checkbox"/> Jag har fått personlig assistans under tiden jag vårdades på sjukhus. Timmarna ingår i redovisningen under punkt 2.					
Aktiv tid		Väntetid, faktiska timmar		Beredskapstid, faktiska timmar	
Tim	Min	Tim	Min	Tim	Min

5. Har du anlitat en assistent som är bosatt utanför EES – området? (LSS 9d§)

<input type="checkbox"/> JA, Om ja bifoga en förklaring till varför du behövde anlita en assistent på plats. Skicka också in handlingar som stryker dina uppgifter.			<input type="checkbox"/> NEJ		
Period fr o m – t o m					
Aktiv tid		Väntetid, faktiska timmar		Beredskapstid, faktiska timmar	
Tim	Min	Tim	Min	Tim	Min

6. Assistansanordnare – arbetsgivare för personliga assistans som utför beviljade assistanstimmar

Bolagets namn	Organisationsnummer	
Mejladress	Telefonnummer	
Tillstånd för inspektionen för vård och omsorg (IVO)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ

7. Underskrift

Jag har tagit del av kommunens rutin (https://utforarevard.uppsala.se/funktionsnedsattning/personlig-assistans/styrdokument-personlig-assistans/) och villkor för ersättning för personlig assistans enligt 9 § 2 LSS, vilka jag förbinder mig att följa. Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga. När uppgifterna förändras måste jag meddela Uppsala kommun. Jag vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter, att utelämna något eller att inte meddela Uppsala kommun när uppgifterna jag lämnat förändras.		
Datum	Namnteckning	Telefon (inkl riktnummer)

8. Fyll i här om du som skrivit under är ställföreträdare eller fullmaktshavare

Jag är:	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare	<input type="checkbox"/> Fullmaktshavare
Namnförtydligande		Personnummer (12 siffror)		

Vi behandlar och skyddar din information i detta formulär enligt reglerna i Dataskyddsförordningen (GDPR). Dina personuppgifter behandlas av omsorgsnämnden i enlighet med Dataskyddsförordningen 2016/679. Ändamålet med behandlingen är handläggning inför utbetalning av ersättning för personlig assistans. Uppgifterna sparas i enlighet med arkivlagen. Läs mer om Uppsala kommuns hantering av personuppgifter och dina rättigheter som uppgiftslämnare på [uppsala.se/gdpr](https://www.uppsala.se/gdpr)