Katrineholm

Social- och omsorgsförvaltningen

Tidsredovisning personlig assistans

Blanketten skickas till:
Social- och omsorgsförvaltningen
Myndighet äldre och funktionsstöd
641 80 Katrineholm

Rapportering avser följande period	
År	**Månad**

1. Personen som har personlig assistans

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)

Du som är assistent fyller i tidsredovisningen på sidan 2. Sedan lämnar du den till din arbetsgivare. Du som är anordnare fyller sedan i punkt 3 - 6 på sidan 1.

2. Du som är assistent

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)

3. Omfattas assistenten av kollektivavtal?

☐ Ja ☐ Nej

4. Uppgifter om beräkningsperiod enligt arbetstidslagen eller kollektivavtal

Den arbetsgivarorganisation som anordnaren tillhör kan svara på frågor om beräkningsperioder. Social- och omsorgsförvaltningen kan komma att kontrollera de uppgifter som du lämnar. Fyll i den eller de perioder som ingår i den här tidsredovisningen.

Från och med	till och med	Från och med	till och med	Från och med	till och med
Från och med	till och med	Från och med	till och med	Från och med	till och med

5. Anordnaren av personlig assistans

☐ Jag har själv anställt assistenten (fyll inte i något mer under den här punkten)

☐ Personen anlitar en assistansanordnare

Namn på anordnaren	Organisationsnummer
Kontaktperson	Telefon (även riktnummer)

Är anordnaren arbetsgivare för assistenten?

☐ Ja

☐ Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som har en annan arbetsgivare	Namn på arbetsgivaren	Organisationsnummer

☐ Nej, anordnaren är uppdragsgivare åt assistenten som är egenföretagare.

6. Underskrift av dig som är anordnare eller själv har anställt assistenten

Datum	Namnteckning	Telefon (även riktnummer)

Redovisningen avser år och månad: .....

Assistentens pnr :..... Den assistansberättigades pnr: .....

7. Redovisning av utförd assistans

Datum	Assistanstid (klockslag)	Antal timmar	Antal minuter	Aktiv tid	Väntetid	Bered-skapstid
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					

Blanketten upprättad 2025-04-03

Redovisningen avser år och månad: .....

Assistentens pnr :..... Den assistansberättigades pnr: .....

Datum	Assistanstid (klockslag)	Antal timmar	Antal minuter	Aktiv tid	Väntetid	Bered-skapstid
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					
	-					

Summa tid Tiderna förs över till ”Faktura personlig assistans”	**Aktiv tid**		**Väntetid**		**Beredskapstid**	
	Timmar	Minuter	Timmar	Minuter	Timmar	Minuter

8. Underskrift av dig som är assistent

Jag intygar att uppgifterna är riktiga.

Datum	Namnteckning	Telefon (även riktnummer)

Vi behandlar dina personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR).
Du kan läsa mer på www.katrineholm.se/personuppgifter

Blanketten upprättad 2025-04-03