



## AVTAL OM PERSONLIG ASSISTANS

**Helsa Omsorg Norden Norden AB**, org nr 556918-2024 (**Bolaget**) och \_\_\_\_\_, person nr \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (**Kund**) har denna dag ingått följande avtal om utförande av personlig assistans.

### 1§ Avtalets giltighet

För detta avtal gäller att assistansersättningen utbetalas från Försäkringskassan/Kommunen till Bolaget.

Avtalet träder i kraft: 2022-\_\_-\_\_

### 2§ Assistansens omfattning

Bolaget åtar sig att utföra assistansen enligt aktuell utredning och beslut från Försäkringskassan/Kommun.

### 3§ Bolagets åtagande

Bolaget åtar sig att anordna assistansen för Kund enligt *Erbjudande om personlig assistans*, se bilaga 1.

### 4§ Kunds åtagande

Kund åtar sig att fullgöra vad som framgår av *Erbjudande om personlig assistans*, se bilaga 1.

### 5§ Avtalets giltighetstid

Avtalet upphör att gälla genom skriftlig uppsägning.  
Den ömsesidiga uppsägningstiden är två (2) månader.

*Detta avtal har upprättats i två (2) likalydande exemplar, av vilka Kunden/Ombudet och Bolaget tagit var sitt.*

-----  
Ort & datum

-----  
Ort & datum

Kund/Ombud

Bolaget

-----  
Signatur

-----  
Signatur

-----  
Namnförtydligande

-----  
Namnförtydligande

## ***Erbjudande om Personlig Assistans***

### **Vi erbjuder dig personlig assistans på följande villkor.**

#### **Väljer du oss som utförare innebär detta följande för dig som Kund.**

- Du överlämnar kopia på Försäkringskassans/Kommunens utredning och beslut till oss samt ger Bolaget fullmakt att kontakta Försäkringskassan/Kommun utifrån relevans för uppdraget.
- Du uppdrar åt Försäkringskassan/Kommunen att utbetala assistansersättningen till Bolaget
- Du överlämnar arbetsgivaransvaret till Bolaget och åtar dig att medverka till att kraven på en god arbetsmiljö i enlighet med gällande kollektivavtal, föreskrifter samt lagstiftning kan uppfyllas.
- Du har inflytande över rekryteringen av den personliga assistenten i samråd med oss som arbetsgivare.
- Du planerar tillsammans med representant för Bolaget hur den personliga assistansen ska utföras i en personlig genomförandeplan.
- Du deltar i uppföljning och utvärdering av den personliga genomförandeplanen tillsammans med representant från Bolaget.

#### **Helsa Omsorg & Bemanning svarar bland annat för.**

- a. Rekrytering av personliga assistenter
- b. Anställning av personliga assistenter
- c. Lönesättning
- d. Arbetsledning
- e. Schemaläggning
- f. Arbetsplatsmöten samt Personalmöten.
- g. Fortbildning
- h. Åtgärder för att tillgodose kraven på arbetsmiljön

#### **Assistansens omfattning.**

Bolaget utför assistansen enligt Försäkringskassans/Kommunens utredning och beslut.

Assistansen utförs företrädesvis inom Sverige om inte annat överenskommit.

#### **Assistansersättningen.**

Bolaget tar ut en avgift av den assistansberättigade för assistansen med av Försäkringskassan/Kommunen beviljad timersättning. Avgiften erläggs genom att assistansersättningen betalas till Bolaget.

Assistansersättningen används till att täcka kostnader för personliga assistenter såsom, löne- och lönebikostnader, assistans- och utbildningsomkostnader, kostnader för arbetsmiljöinsatser, personalomkostnader och administrationskostnader.

### **Tidsredovisning.**

Bolaget använder verksamhetssystemet Tidvis där sker tidsredovisning månatligen och personalen godkänner sin tidrapport digitalt. Kund åtar sig att skyndsamt (dock senast den 5:e) enligt Riksförsäkringsverkets föreskrifter 1993:24 vid varje månadsskifte granska samt skriva under räkning till Försäkringskassan.

### **Tystnadsplikt.**

Bolagets personal har tystnadsplikt om personliga förhållanden enligt offentlighets – och sekretesslagen.

### **GDPR**

Det är nödvändigt för Bolaget att hantera vissa personuppgifter för att kunna uppfylla sina åtaganden. För detta behöver vi ditt samtycke. Du har rätt att få tillgång till vilka uppgifter som behandlas om dig, att få uppgifterna rättade samt raderade. Du har också rätt att kräva att behandlingen begränsas samt rätt att få ut de personuppgifter som rör dig på sätt som underlättar överföring av uppgifterna till annan. Du kan närsomhelst återkalla ditt samtycke.

### **Ansökan till kommunen.**

Vid planerat tillfälligt utökat behov av personlig assistans bör den assistansberättigade ansöka till kommunen om insats senast två (2) veckor i förväg.

### **Anmälan till Bolaget gällande planerade avbrott.**

Den assistansberättigade ska anmäla planerat avbrott i assistansen minst 14 dagar i förväg.

### **Klagomål**

Om den assistansberättigade är missnöjd med assistansen ska anmälan göras snarast till Bolaget med fördel på avsedd blankett.

### **Uppsägning av avtal.**

Uppdraget upphör efter uppsägning.

Uppsägningstiden är två (2) månader om inte överenskommelse träffas om annan tid.

Uppsägningen skall ske skriftligen.

Bekräftelse på att Bilaga 1 härmed är genomgången och accepterad samt medgivet samtycke till bolagets hantering av kunds personuppgifter.

-----  
Signatur Kund/Ombud

-----  
Signatur Bolaget