

# FRI ASSISTANS

## UPPDRAGSAVTAL

### Mellan assistansanordnare,

Fri Assistans STHLM AB  
Org.nr 556992-8228

Västgötagränd 5  
118 28 Stockholm

*Nedan kallad bolaget*

### Och assistansberättigad,

Fullständigt namn: .....

Personnummer: .....

Företrädare: .....  
*(i förekommande fall)*

*Nedan kallad kunden*

### Har följande avtalats:

Detta avtal reglerar anordnandet av personlig assistans. Bolaget förvaltar och administrerar för kundens räkning assistansersättning från Försäkringskassan alternativt kommun.

Bolaget åtar sig att bära det fulla arbetsgivaransvaret avseende kundens personliga assistenter. Ingen anställs utan både kundens och bolagets medgivande.

Den administrativa avgiften bolaget erhåller är den assistansersättning som kunden erhåller. Överenskommen administrationskostnad är 8,5 % / beviljad assistanstimme.

Då bolaget räknat av administrationskostnaden samt löner och lönebikostnader har kunden rätt att nyttja kvarstående belopp av assistansersättningen till eventuella assistansomkostnader enligt gällande lagar och bestämmelser. Alla kostnader som är hänförliga till kunden utöver ovanstående direkt hänförliga kostnader tar bolaget från assistansersättningen. Exempel på detta kan vara kurser/utbildningar, personalvård och annonsering.

Redovisning skall ske till kunden varje månad i efterskott. I redovisningen ska ekonomiskt överskott/underskott, assistanstimmar, löner och lönebikostnader, assistansomkostnader samt administrationskostnad framgå.

Kunden godkänner att dennes personuppgifter hanteras digitalt av bolaget.

Detta avtal träder i kraft fr.o.m. ÅÅÅÅ-MM-DD och gäller tillsvidare med en ömsesidig uppsägningstid om 1-3 månader. Uppsägning ska ske skriftligt och räknas från första dagen i påföljande kalendermånad.

Detta avtal har upprättats i två likalydande exemplar där parterna erhållit varsitt.

Om kunden har en företrädare behöver denne skriva på för kundens räkning, företrädare kan vara målsman till minderårig, förmyndare eller god man.

.....  
Ort

.....  
Datum

.....  
Verksamhetsansvarig, Fri Assistans STHLM AB

.....  
Namnförtydligande

.....  
Ort

.....  
Datum

.....  
Namnteckning assistansberättigad/företrädare

.....  
Namnförtydligande