Lev.ID (ifylls av kommunen)

**Utbetalning av habiliteringsersättning**

**Anmälan om betalningsmottagares bankkonto**

Fyll i nedanstående fält, vänligen texta. Ifylld blankett skickas till:

*Örebro kommun, Ersättningsfrågor Sov, Box 300 45, 701 35 Örebro*

Kontoinnehavare (**OBS! Deltagaren i daglig verksamhet**)

|  |  |
| --- | --- |
| *Förnamn* | *Efternamn* |
| *Gatuadress* |  |
| *Postnummer* | *Ort* |
| *Födelsenummer, 6 siffror* |  |
| Bankkontonummer **inklusive** clearingnummer  |
| *Clearingnummer* | *Kontonummer* |
| *Bankens namn* |

 ***Nytt bankkonto***

Jag, ***som deltagare i Daglig verksamhet, eller legal företrädare (God Man eller Förvaltare)***, godkänner att habiliteringsersättningen sätts in på ovanstående konto.

Datum………………Namnteckning………………………………..................................

Namnförtydligande…………………………………………….. Telefon……………….

Pengarna sätts in på ovanstående bankkontonummer som ***skall tillhöra deltagaren i Daglig verksamhet.***

Kontoinnehavaren kontrollerar att pengarna kommer in på kontot inom rimlig tid. På kontoutdrag *framgår det inte* att det är Örebro kommun/förvaltning som är betalningsavsändare.
Kontoinnehavarens namn, adress, födelsedatum och kontonummer registreras och är synligt i kommunens leverantörsregister.

Saknas bankkontonummer till betalningsmottagaren kommer utbetalningen att ske via ett utbetalningskort. I detta fall tillkommer en inlösningsavgift som betalningsmottagaren får stå för.

Vid byte av bank eller kontonummer ansvarar kontoinnehavaren eller företrädare för att anmäla förändring.