

Anmeldelse af Fravær / Raskmelding.

I forbindelse med sygdom og barns 1. og 2. sygedag:

Handicaphjælper:

Navn:	Personnummer:
-------	---------------

Aflønningsform: Månedsløn Timeløn

Arbejdsgiver:

Navn:	Personnummer:
-------	---------------

Fraværsperiode:

Første fraværsdag:	Sidste fraværsdag:
--------------------	--------------------

Fraværsårsag:

Sygdom <input type="checkbox"/>	Barnets første og anden sygedag <input type="checkbox"/> (Efter aftale med arbejdsgiver)
Graviditetsgener <input type="checkbox"/>	Forventet fødsel: _____

OPLYSNINGER FOR TIMELØNNEDE:

Handicaphjælperen har været beskæftiget i 74 timer inden for de sidste 8 uger inden fraværet:

Ja Nej **(Skal udfyldes)**

Hvis Nej : **(Skal følgende 4 spørgsmål besvares)**

Gennemsnitlig ugentlig arbejdstid i de sidste 4 uger: Timer: _____

Antal timer i ansættelsesperioden: Timer: _____

Var hjælperen på arbejde dagen før 1. fraværsdag ? Ja Nej

Skulle hjælperen have arbejdet den dag hjælperen blev sygemeldt ? Ja Nej

Arbejdsgiver:

Dato og underskrift:

Handicaphjælper (**kun ved raskmelding**):

Dato og underskrift:

Sundhed og Omsorg:

Dato og underskrift:
Arbejdsgiveren registrerer de modtagne oplysninger og kan videregive oplysningerne til andre, der har lovmæssigt krav på oplysningerne eller samarbejder med kommunen.

Dette skema skal udfyldes og indsendes til Sundhed og Omsorg første fraværsdag.

Sundhed og Omsorg sender en kopi af den underskrevne blanket til Økonomi og Løn, hvis handicaphjælperen er timelønnet.