Faaborg-Midtfyn Kommune
Sundhed og Handicap
Gråbjergvej 3A
5856 Ryslinge

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 ☐ Barnets første og anden sygedag ☐ (Efter aftale med arbejdsgiver)

Graviditetsgener ☐ 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 Handicap:

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 Handicap første fraværsdag.
Sundhed og Handicap sender en kopi af den underskrevne blanket til HR&I hvis handicaphjælperen er timelønnet.