

## ANSÖKAN OM STÖD VID UPPSÄGNING P G A ARBETSBRIST

ANVISNINGAR SE INFORMATIONSFOLDER  
NEDANSTÅENDE UPPGIFTER LÄMNAS AV ARBETSGIVAREN

SÄND ANSÖKAN TILL:

Trygghetsrådet TRS  
Rehmsgatan 11, 113 57 Stockholm  
Telefon 08-442 97 30

### PERSONUPPGIFTER (för den uppsagde)

Namn	Tfn bostad med riktnr	Tfn arbete med riktnr	Län	Personnummer
Gatuadress		Postnr	Postadress	

### ARBETSGIVARUPPGIFTER

Org.nr	Organisationens/företagets namn	Ev. koncern tillhörighet (org.nr)		
Box eller gatuadress		Postnr	Postadress	Tfn med riktnr
Kontaktperson hos arbetsgivaren (konkursförvaltarens namn, adress och telefon)		Är den uppsagde och/eller familj delägare med mer än 33% i företaget <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
E-post				

### ANSTÄLLNINGSUPPGIFTER

Anställd år månad dag	Uppsagd år månad dag	Anst upphör/upphörde år månad dag	Ordinarie arbetstid (ifylles alltid) <input type="checkbox"/> heltid.....tim/vecka <input type="checkbox"/> deltid.....tim/vecka ..... % av heltid	Uppsagd på antal arbetstimmar /vecka alternativt %
Orsak till ansökan om stöd: <input type="checkbox"/> Uppsägning på grund av arbetsbrist <input type="checkbox"/> Risk för uppsägning på grund av arbetsbrist <input type="checkbox"/> Egen uppsägning på grund av arbetsbrist <input type="checkbox"/> Konkurs <input type="checkbox"/> Annan anledning. Vilken? _____				
Aktuell grundlön <sup>x)</sup> kr/mån	Gäller från år månad dag	<input type="checkbox"/> Lönebidrag <input type="checkbox"/> Annat anställningsstöd	Fasta tillägg eller förmåner (se anv) Provision <sup>xx)</sup> Tantiem <sup>xx)</sup> Bonus <sup>xx)</sup> Skift	Jour Beredskap kr/månad

<sup>x)</sup> Ange deltidslön vid deltid. <sup>xx)</sup> Ange genomsnittligt månadsbelopp senaste 3 åren.

### SENASTE BEFATTNING

Yrke
Kort beskrivning av arbetsuppgifter

### PENSIONSFRÖHÅLLANDEN

Ordinarie pensionsålder	Försäkrad var: <input type="checkbox"/> Alecta <input type="checkbox"/> KP <input type="checkbox"/> SPV <input type="checkbox"/> Annan, vilken _____
-------------------------	---

### TIDIGARE ANSTÄLLNINGAR (även som arbetare)

- inom samma organisation, företag/koncern  
 i organisation, företag som överlåtits till nuvarande arbetsgivare

Arbetsgivare, namn och ort	Befattning	Började år månad dag	Slutade år månad dag

### FÖRHANDLINGSPROTOKOLL SKA BIFOGAS

Att ovanstående uppgifter är riktiga intygas härmed. Arbetsgivarens (ev konkursförvaltarens underskrift)

Ort

Datum

Stämpel och namnteckning

## ANSTÄLLNINGAR SOM JAG HAFT DE SENASTE 5 ÅREN:

Arbetsgivarens namn och adress		
Började år månad dag	Slutade år månad dag	Orsak till anställningens upphörande: <input type="checkbox"/> Uppsagd pga arbetsbrist <input type="checkbox"/> Egen uppsägning pga arbetsbrist <input type="checkbox"/> Tidsbegränsad anställning upphört <input type="checkbox"/> Uppsagd pga konkurs <input type="checkbox"/> Annan anledning
Arbetsgivarens namn och adress		
Började år månad dag	Slutade år månad dag	Orsak till anställningens upphörande: <input type="checkbox"/> Uppsagd pga arbetsbrist <input type="checkbox"/> Egen uppsägning pga arbetsbrist <input type="checkbox"/> Tidsbegränsad anställning upphört <input type="checkbox"/> Uppsagd pga konkurs <input type="checkbox"/> Annan anledning

## UTBILDNING: Skolor, kurser längre än 6 månader m m utöver grundskola

Gymnasium eller motsvarande	Antal år	Linje/inriktning
Högskola/Universitet		
Övrig yrkesinriktad utbildning		

## SÄRSKILDA UPPLYSNINGAR

Har du sjukersättning? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, fr o m	år månad dag %	Har du förtida uttag av ålderspension? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, fr o m	år månad dag %
Organisationstillhörighet? <input type="checkbox"/> Unionen <input type="checkbox"/> Ledarna <input type="checkbox"/> SFHL <input type="checkbox"/> Annan, vilken? <input type="checkbox"/> Oorganiserad			
Medlem i arbetslöshetskassa? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Kassans namn		
Övriga upplysningar			

## IFYLLES ENDAST VID NY ANSTÄLLNING

Anställningsform <input type="checkbox"/> Tills vidare <input type="checkbox"/> Viss tid <input type="checkbox"/> Prov. anst. t o m	fr om	<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid	tim/v	Kontaktman hos arbetsgivaren
Tillhör den nya arbetsgivaren samma koncern som den senaste? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Eller har verksamhet övertagits från denne? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Äger du (ensam eller tillsammans med din familj) någon del i det nya företaget? <input type="checkbox"/> Ja, till % <input type="checkbox"/> Nej		
Den nya arbetsgivarens namn, adress och telefonnummer med riktnummer				

## IFYLLES VID EGET FÖRETAG/BISYSSLA

Eget företag <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, fr o m	år månad dag %	Bisyssla <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, fr o m	år månad dag %
Ditt företags namn, adress och telefonnummer med riktnummer			

Jag bekräftar att samtliga uppgifter i ansökan är riktiga och samtycker till sådan behandling av personuppgifter som anges i Information om Trygghetsrådet TRSs behandling av personuppgifter.

Ort och datum

Namnteckning

Namnförtydligande

Personnr

E-post

Mobilnr