

ANSÖKAN OM STÖD VID UPPHÖRANDE AV TIDSBEGRÄNSAD ANSTÄLLNING

ANVISNINGAR SAMT VILLKORT FÖR STÖD, SE INFORMATIONSFOLDER

SÄND ANSÖKAN TILL:

Trygghetsrådet TRS

Rehnskatan 11, 113 57 Stockholm

Telefon 08-442 97 30

PERSONUPPGIFTER (för den uppsagde)

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

ARBETSGIVARUPPGIFTER

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

ANSTÄLLNINGSUPPGIFTER

Anställd 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	Anställning upphört på antal arbetstimmar /vecka alternativt %		
<input type="checkbox"/> Inte kunnat erbjudas fortsatt anställning från en tidsbegränsad anställning.					
Vilken?		(t ex projekt, säsong, vikariat, sjukvikariat o s v)			
Aktuell grundlön ^{x)} kr/mån	Gäller från år månad dag	Fasta tillägg eller förmåner (se anv) Provision ^{xx)} Tantiem ^{xx)} Bonus ^{xx)}	Skift	Jour	Beredskap kr/månad

^{x)} Ange deltidslön vid deltid. ^{xx)} Ange genomsnittligt månadsbelopp senaste 3 åren.

OBS! SENASTE ANSTÄLLNINGEN SKA ALLTID STYRKAS MED ARBETSGIVARINTYG

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 _____
-------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ANSTÄLLNINGAR på sammanlagt minst 18 månader under de senaste 5 åren hos företag/organisationer anslutna till TRS

Arbetsgivarens namn och adress	Började (år		månad		dag)	Slutade (år		månad		dag)
Arbetsgivarens namn och adress	Började (år		månad		dag)	Slutade (år		månad		dag)
Arbetsgivarens namn och adress	Började (år		månad		dag)	Slutade (år		månad		dag)
Arbetsgivarens namn och adress	Började (år		månad		dag)	Slutade (år		månad		dag)
Arbetsgivarens namn och adress	Började (år		månad		dag)	Slutade (år		månad		dag)

Fortsättning på bifogat lövsblad

OBS! GLÖM EJ SÄNDA MED ARBETSGIVARINTYG/ANSTÄLLNINGSENTYGM SOM STYRKER ANSTÄLLNINGARNA

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

IFYLLES ENDAST VID NY ANSTÄLLNING

Anställningsform	fr om	Kontaktman hos arbetsgivaren
<input type="checkbox"/> Tills vidare <input type="checkbox"/> Viss tid <input type="checkbox"/> Prov. anst. t o m	<input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid	
Tillhör den nya arbetsgivaren samma koncern som den senaste? <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
Eller har verksamhet övertagits från denne? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Den nya arbetsgivarens namn, adress och telefonnummer med riktnummer		

IFYLLES VID EGET FÖRETAG/BISYSSLA

Eget företag	år	månad	dag	%	Bisyssla	år	månad	dag	%
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, fr o m					<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, fr o m				
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 _____ Datum _____ Namnteckning _____
 E-post _____ Mobilnr _____ Namnförtydligande _____