|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ANSÖKAN OM SJUKLEDIGHET, ARBETSOLYCKSFALLSLEDIGHET OCH ERSÄTTANDE ARBETE SAMT BESLUT |  |
| Sektor eller affärsverk | Verksamhetsenhet |  |  |
|       |       |  |  |
| **SÖKANDE** |
| Efternamn och alla förnamn | Födelsedatum |
|       |       |
| Befattning | Telefon (jobb) | Personnummer |
|       |       |       |
| **SJUKLEDIGHET, SJUKLEDIGHET SOM ORSAKAS AV OLYCKSFALL I ARBETET** (arbetsolycksfallsledighet) |
|  | För tiden | Första frånvarodagen | Återkomst till arbete |
| [ ]  Ansöker om sjukledighet |       |       |       |
|  | För tiden | Veckoarbetstid vid deltidsarbete | Antal arbetsdagar i veckan i genomsnitt |
| [ ]  Ansöker om sjukledighet på deltid |       |       |       |
| Det är fråga om en fortsättningsansökan |  |
| [ ]  Ja [ ]  Nej |  |
| Arbetsoförmågan orsakades av |  |  |  | Insjuknandedag |
| [ ]  Sjukdom | [ ]  Olycksfall på fritiden | [ ]  Annan orsak | Vad       |       |
| Arbetsoförmågan orsakades av |  | Skadedag | Arbetsoförmågan orsakades av |
| [ ]  Olycksfall i arbetet | [ ]  Anmälan om arbetsolycksfall har gjorts |       | [ ]  Yrkessjukdom |
|  | Arbetsoförmögenhetstid i intyg av företagshälsovårdare, hälsovårdare, sjukskötare eller fysioterapeut | Arbetsoförmögenhetstid i läkarintyg 1) |
| [ ]  Intyg om arbetsoförmögenhet |       |       |
| **ÄNDRING** (t.ex. tidigare återkomst till arbetet) |  |
|  | För tiden |
| [ ]  Ansöker om att sjukledighet som jag beviljats annulleras |       |
|  | För tiden |
| [ ]  Ansöker om att sjukledighet på deltid som jag beviljats annulleras |       |
|  | För tiden |
| [ ]  Ansöker om att sjukledighet på deltid avbryts |       |
| Om en person insjuknar i en ny sjukdom under sjukledighet på deltid och sjukdomen varar längre än 10 (1+9) vardagar så avbryts arrangemanget med sjukledighet på deltid. |
| **ERSÄTTANDE ARBETE** |
|  | För tiden |
| [ ]  Ansöker om period med ersättande arbete |       |
|  | För tiden |
| [ ]  Ansöker om annullering av period med ersättande arbete |       |
| **TILLÄGGSUPPGIFTER, FÖRBINDELSER OCH UNDERSKRIFT** |
| Tilläggsuppgifter |
|       |
| **Jag förbinder mig till att FPA betalar partiell sjukdagspenning till arbetsgivaren för den tid som arbetsgivaren betalar hela lönen för heltidsarbete. Jag förbinder mig att återbetala löneförmånerna för sjuktiden, om jag är berättigad att få pension, olycksfallsersättning eller annan ersättning som jag inte själv bekostar.** | Datum      | Sökandens underskrift      |
| **BESLUT** |
|  | För tiden | [ ]  | Det är fråga om ett olycksfall i arbetet/en yrkessjukdom | Löneförmåner |
| [ ]  Beviljar sjukledighet |       |  |  |       |
|  | För tiden | Veckoarbetstid vid deltidsarbete | Antal arbetsdagar i veckan i genomsnitt      |
| [ ]  Beviljar sjukledighet på deltid |       |       |  |
|  | För tiden |  |  |
| [ ]  Godkänner att sjukledighet annulleras |       |  |  |
|  | För tiden |  |  |
| [ ]  Godkänner att sjukledighet på deltid annulleras |       |  |  |
|  | För tiden |  |  |
| [ ]  Godkänner att sjukledighet på deltid avbryts |       |  |  |
|  | För tiden |  |  |
| [ ]  Godkänner period med ersättande arbete  |       |  |  |
|  | För tiden |  |  |
| [ ]  Annullerar period med ersättande arbete |       |  |  |
|  | För tiden |  |  |
| [ ]  Förkastar ansökan |       |  |  |
| Motivering |
|       |
| Beredare | Beslutsfattare (titel) | Datum | Nummer |
|       |       |       |       |

**1)** Läkarintyget ska lämnas till arbetsgivaren inom en vecka räknat från den dag det är undertecknat. För första dagen betalas annars ingen lön, om inte ett godtagbart skäl finns till dröjsmålet.