

## ANSÖKAN OM STÖD VID UPPSÄGNING P G A ARBETSBRIST

ANVISNINGAR SE INFORMATIONSFOLDER

NEDANSTÅENDE UPPGIFTER LÄMNAS AV ARBETSGIVAREN

SÄND ANSÖKAN TILL:

Trygghetsrådet TRS  
Rehngatan 11, 113 57 Stockholm  
Telefon 08-442 97 30, Fax 08-442 97 49

### 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. koncerntillhörighet (org.nr)		
Box eller gatuadress	Postnr	Postadress	Tfn med riktnr	
Kontaktperson hos arbetsgivaren (ev 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 anställningens upphörande <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	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 överlätits 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

**FÖLJANDE UPPGIFTER LÄMNAS AV DEN ANSTÄLLDE:**

**SÄND ANSÖKAN TILL:**  
 Trygghetsrådet TRS  
 Rehngatan 11, 113 57 Stockholm  
 Telefon 08-442 97 30, Fax 08-442 97 49

**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"/> CF <input type="checkbox"/> SFHL <input type="checkbox"/> Annan, vilken? <input type="checkbox"/> Oorganiserad	
Medlem i arbetslöshetskassa? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Kassans namn
Övriga upplysningar	

**IFYLLES ENDAST VID NY ANSTÄLLNING**

Anställningsform   fr o m <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   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   år   månad   dag   % <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja   Fr o m	Bisyssla   år   månad   dag   % <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	Namn-teckning
E-post	Mobil nr	