

ANSÖKAN OM STÖD VID UPHÖRANDE AV TIDSBEGRÄNSAD ANSTÄLLNING

ANVISNINGAR SAMT VILLKOR FÖR STÖD SE INFORMATIONSFOLDER

SÄND ANSÖKAN TILL:

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

PERSONUPPGIFTER

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

ARBETSGIVARUPPGIFTER från senaste anställningen

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

ANSTÄLLNINGSUPPGIFTER för senaste anställningen

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 ANSTÄLLNING

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

SÄND ANSÖKAN TILL:

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

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 lönsblad

OBS! GLÖM EJ SÄNDA MED ARBETSGIVARINTYG/ANSTÄLLNINGSINTYG 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"/> 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?	Kassans namn		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Övriga upplysningar			

IFYLLES ENDAST VID NY ANSTÄLLNING

Anställningsform	fr o m	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	tim/v
Tillhör den nya arbetsgivaren samma koncern som den senaste?	Eller har verksamhet övertagits från denne?	Äger du (ensam eller tillsammans med din familj) någon del i det nya företaget?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<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 %	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

Mobil nr