

## **SJUKANMÄLAN & TILLFÄLLIG FÖRÄLDRAPENNING**

### **ANSTÄLLD**

Namn
Anställningsnr
Personnummer

**Anmälan om TILLFÄLLIG FÖRÄLDRAPENNING för vård av barn under 12 år**

Datum: (ex 2012-01-01).....

Barnets personnummer: .....

### **SJUKANMÄLAN**

Anmäl alltid din sjukfrånvaro direkt genom personlig kontakt med någon konsultchef på kontoret. Du ansvarar för att löpande hålla QStaff informerad om din sjukfrånvaro. Då kontoret inte är öppet ring 08-522 118 99 och lämna ett meddelande.

#### **Sjukförsäkran (dag 1-14)**

På grund av vård av barn eller egen sjukdom har arbete inte kunnat utföras under nedanstående period.

Fr o m:.....

T o m:.....

Antal dagar inklusive karensdag:.....

Sjukdom/diagnos: ( ej obligatorisk uppgift).....

Läkarintyg

Vid sjukdom längre än 7 dagar krävs läkarintyg.

**Läkarintyg bifogas**

#### **Rehabiliteringsutredning**

En rehabiliteringsutredning startar efter fyra veckors sjukskrivning, eller vid upprepade sjukdomsperioder.

#### **Villkor för sjukersättning**

Du ska alltid meddela QStaff om du avviker från uppdraget pga sjukdom och i övriga fall meddela kontoret innan klockan 08.00. Det är din sjukanmälan till QStaff som berättigar dig din sjukersättning . sjukersättningen beräknas från den dagen som du sjukanmäler dig!

.....  
Datum Underskrift