

ARBEJDSGIVERERKLÆRING

Afgivet til brug for ansøgning om erstatning fra staten efter offererstatningsloven


Erstatningsnævnet

Civilstyrelsen

Gyldenløvesgade 11

1600 København V

Tlf.: (+45) 33 92 33 34

Fax: (+45) 39 20 45 05

Epost: post@erstatningsnaevnet.dk

Nævnets j.nr.:

Den ansattes navn og stilling:	
1) Hvornår startede ansættelsesforholdet?	
2) Arbejdede den ansatte på fuld tid? <i>Hvis nej:</i> Hvad var den ansattes ugentlige arbejdstid i virksomheden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3) Hvorledes aflønnedes den ansatte? Lønnens størrelse:	<input type="checkbox"/> Timeløn <input type="checkbox"/> 14-dages løn <input type="checkbox"/> Månedsløn Kr. _____ <input type="checkbox"/> pr. time <input type="checkbox"/> 14. dag <input type="checkbox"/> mdr.
4) Var der knyttet pensionsordning til ansættelsen? <i>Hvis ja:</i> Hvor stort var arbejdsgivers pensionsbidrag?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej _____ %
5) Blev der ydet ferietillæg iht. ferielovens § 23? <i>Hvis ja:</i> Med hvilken % ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej _____ %
6) Blev der ydet søgne-/helligdagsgodtgørelse? <i>Hvis ja:</i> Med hvilken % ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej _____ %
7) I hvilken periode(r) har den ansatte været sygemeldt <u>som følge af tilskadekomsten</u> ? <i>(Tilføj eventuelt yderligere sygeperioder på bagsiden)</i>	Fra _____ til og med _____ Fra _____ til og med _____
8) Har den ansatte modtaget fuld løn fra Dem i hele sygeperioden? <i>Hvis nej:</i> Har den ansatte modtaget delvis løn, dagpenge eller anden godtgørelse for mistet arbejdsfortjeneste fra Dem? <i>Hvis ja:</i> Hvor længe og med hvilket beløb?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Fra _____ til og med _____ Beløb, kr.: _____
9) Kunne den ansatte have forventet beskæftigelse hos Dem i hele sygeperioden, såfremt den ansatte ikke havde været syg? <i>Hvis nej:</i> Hvorfor ikke? <i>(Benyt eventuelt bagsiden til besvarelse heraf)</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
10) Har den ansatte genoptaget sit arbejde hos Dem efter sygeperioden? <i>Hvis ja:</i> Fra hvilket tidspunkt? Fuldtid / deltid? Til hvilken løn? <i>Hvis nej:</i> Hvorfor ikke? (kopi af opsigelse kan vedlægges)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Fra den _____ Timer _____ Kr. _____ <input type="checkbox"/> pr. time <input type="checkbox"/> 14. dag <input type="checkbox"/> mdr.

_____ den _____ Arbejdsgivers stempel og underskrift:
sted

(Eventuelle supplerende bemærkninger kan anføres på bagsiden)

Eventuelle supplerende bemærkninger: