

GA's syge- og barselsfond

Helgavej 26, 5230 Odense M
Tlf. 63 12 70 00 Fax 63 12 70 80



Refusionsblanket / sygdom

Kategori F – funktionærer og andre

MEDARBEJDERENS DATA OG UNDERSKRIFT	
Navn _____	CPR-nr. _____
Fraværsårsag (sæt x) <input type="checkbox"/> Sygdom <input type="checkbox"/> §28-aftale <input type="checkbox"/> Graviditetsbetinget sygdom	Forventet fødselstidspunkt _____
Dato for første hele fraværsdag _____	Ansættelsesdato _____
Arbejdstid pr. uge _____	Fratrædelsesdato _____
Det bekræftes på tro og love, at oplysningerne er korrekte.	
Dato _____	Medarbejderens underskrift _____

REFUSIONSBEGÆRING	
Fonden yder refusion efter 5 ugers fravær, dvs. fra og med 36. kalenderdag samt fra 1. fraværsdag ved §28-aftaler.	
Husk rettidig anmeldelse til medarbejderens hjemkommune.	
Refusionsperiode Fra og med _____	Refusionsperiodens fraværstimer i alt _____
Til og med _____	Timeløn ved sygdommens indtræden, kr. _____
	Månedsløn ved sygdommens indtræden, kr. _____
<input type="checkbox"/> Medarbejderen er fortsat syg	
Opgørelse:	(Hele kroner)
Udbetalt løn for refusionsperioden (fraværstimer x timeløn)	+
Feriegodtgørelse 12,5 % af udbetalt løn	+
Pension _____ % af udbetalt løn + feriegodtgørelse	+
Modtaget sygedagpenge fra kommunen (dagpengelovens beregnede sygedagpengebeløb)	÷
Virksomhedens udgift	= (x)
Valgt refusionsklasse (eks. F1: 1.500 / 37 = 40,55 kr. pr. time x fraværstimer)	÷ (y)
Er forskellen mellem rubrik (x) og (y) negativ – refunderes virksomhedens udgift (x)	=
Er forskellen mellem rubrik (x) og (y) positiv – refunderes valgt refusionsklasse (y)	=
Virksomhedens refusion: Valgt refusionsklasse dog max. virksomhedens udgift	

VIRKSOMHEDENS DATA OG UNDERSKRIFT	
Firmanavn og adresse _____	Telefon _____
	Kontaktperson _____
	CVR-nr. _____
	Bank- eller girokonto _____
Det bekræftes på tro og love, at refusionsblankettens oplysninger er korrekte.	
Dato _____	Virksomhedens underskrift _____