Folksam

Ansökan till AFO-Handels trygghetsfond

Fylls i av Folksam
Akt ID:
-

Var vänlig skriv tydligt, blanketten läses maskinellt.

Fylls alltid i, skriv tydligt	
Personnr*/Samordningsnr	Arbetsgivarnr/Kundnr

*ÅÅÅÅMMDDNNNN (12 siffror) Anges med 8 siffror

Personuppgifter

Den anställdes namn			Telefon, även riktnr
E-post			
Utdelningsadress		Postnr och ortnamn	
Anställd, år, månad, dag	Uppsagd, år, månad, dag	Sista anställningsdag, år, månad, dag	Lön, kronor/månad
Yrke/befattning		☐ Heltid ☐ Deltid	Antal timmar i veckan

Företag

Arbetsgivarens namn		Telefon, även riktnr
Kontaktperson	E-post	
Utdelningsadress	Postnr och ortnamn	

Ansökan avser

Vägledning till anställda.

☐ Vägledning i max 3 månader, samt ev. yttrande till CSN. Syftet är att hjälpa dig vidare i yrkeslivet.

Omställningsstöd (arbetsgivare)

☐ Rådgivning till uppsagda pga. arbetsbrist (bifoga förhandlingsprotokoll).

☐ Förstärkt stöd till uppsagda med ohälsa.

Blanketterna: **Ansökan AFO-Handels kompetensutveckling för arbetsgivare** och **Ansökan om avgångsbidrag (AGB)**, kan hämtas från Folksams hemsida: www.folksam.se.

Omställningsbidrag (Kan sökas av dem som förlorat sin anställning pga arbetsbrist eller pga hälsoskäl).

☐ **Utbildningsbidrag:** Kurs- och litteraturkostnad (Bifoga information om utbildningen samt dess kostnader).

☐ **Utbildningsbidrag:** Studiebidrag/ -lön (Bifoga CSN:s beslut, samt utbetalningsplan, om det finns).

☐ **Löneutfyllnad:** Anställning på minst sex månader (Bifoga anställningsavtal med ny arbetsgivare)

☐ **Inskolningslön:** Bidrag för lönekostnader till ny arbetsgivare (Bifoga:Anställningsavtal och inskolningsprogram (upprättas av arbetsgivaren).

☐ **Kurskostnad vid garanterad anställning** (Bifoga information om Kursen, kostnader och anställningsintyg).

☐ **Start av eget** (Bifoga: Kopia av registreringsbevis, kopia av beslutsmeddelande från Arbetsförmedlingen samt ekonomisk kalkyl).

☐ **Övriga anspråk** Förebyggande eller hjälpande insatser (Bifoga skriftlig redogörelse/personligt brev).

OBS! Kopia av förhandlingsprotokoll ska bifogas

Underskrift

Att ovanstående uppgifter är riktiga intygas härmed

Ort och datum	
Arbetsgivarens underskrift	Namnförtydligande
Ort och datum	
Sökandens underskrift	Namnförtydligande

Blanketten skickas till:
Folksam, LIV 1080, Box 90346, 120 25 Stockholm
Tel 020-485 485. folksam.se

Spara > Skriv-ut > Rensa fält >