Anmälan om tillfällig frånvaro enligt lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi

Bilaga till rutin: Tillfällig frånvaro med eller utan vikarie för vårdgivare på den s.k. Nationella taxan (LOL, LOF)

Vårdgivare
Anmälan avser:

☐ Fysioterapeut (LOF) ☐ Läkare (LOL) Specialitet

Namn	
Personnummer	
E-post	
Telefon	
Mottagningens namn	
Mottagningens adress	

Jag är förhindrad att bedriva verksamhet på grund av:

☐ Sjukdom

☐ Förestående ålderspensionering

☐ Politiskt eller fackligt uppdrag

☐ Vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet

☐ Ledighet för vård av barn
Ange barnets personnummer:

☐ Annat
Ange skäl till frånvaro:

Frånvaro fr.o.m - t.o.m	Frånvarons omfattning
	☐ Heltid ☐ Deltid Ange omfattning

Beskrivning (frivilligt)
Skriv här

Region Halland

Anmälan om tillfällig frånvaro

Tillfällig frånvaro beviljas som längst för ett år i taget.

Endast anmälan på avsedd blankett och i original behandlas.

Frånvaroanledning

Sjukdom

Arbetsoförmåga på grund av sjukdom ska styrkas med giltigt läkarintyg. Intygsutfärdaren får inte vara jävig. För att minimera risken för jäv kommer sjukintyg från läkare verksam vid samma mottagning som vårdgivaren inte accepteras. Även intyg från läkare som har en annan relation till vårdgivaren där risk för jäv kan bedömas som möjligt kommer att underkännas. Vid frånvaro på grund av sjukdom tar Region Halland hänsyn till vårdgivarens möjlighet att återgå till arbetet. Frånvaro på grund av hel sjukersättning som inte är tidsbegränsad accepteras inte.

Ledighet för vård av barn

En medarbetare som är gravid har rätt att vara helt ledig i samband med sitt barns födelse. Hon har rätt att vara ledig under en sammanhängande tid av minst sju veckor före den beräknade tidpunkten för förlossningen och sju veckor efter förlossningen.

När barnet är under 18 månader: En förälder med barn under 18 månader har rätt att vara helt ledig från sitt arbete.

När barnet är över 18 månader: Ledig med föräldrapenning: En medarbetare har rätt att vara ledig i den omfattning som hen tar ut föräldrapenning. Ledig på deltid utan föräldrapenning: En medarbetare som inte tar ut föräldrapenning har rätt att förkorta sin normala arbetstid med upp till en fjärdedel för att ta hand om sitt barn. Det gäller om barnet inte har fyllt 8 år eller om det är äldre men ännu inte har avslutat sitt första skolår. Arbetsgivaren kan utöver detta ha kollektivavtal som ger föräldern rätt till arbetstidsförkortning fram till barnets 12-årsdag.

Förestående ålderspensionering

Ledighet med anledning av förestående ålderspensionering accepteras i en sammanhängande period om högst två år före pensioneringen och för ett år i taget. Ledighet godkänns upp till 80% d.v.s. etableringsinnehavaren måste tjänstgöra minst 20%. Avbryter vårdgivaren ledigheten anses denna möjlighet vara förverkad och ny ledighet av samma skäl kommer inte att medges.

Vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet

Ledighet med anledning av forskning eller vidareutbildning ska styrkas genom särskilda handlingar. Ledighet får inte lämnas för längre sammanhängande eller närliggande perioder om sammanlagt tre år om inte särskilda skäl föreligger. Vidareutbildning ska avse förkovran med koppling till den egna specialiteten. Efter avslutat uppdrag eller avslutad utbildning ska dokument som styrker detta kunna redovisas på begäran av Region Halland.

Politiskt eller fackligt uppdrag

Ledighet med anledning av politiskt eller fackligt uppdrag ska styrkas med intyg.

Krav på redovisning

Vårdgivaren ska på begäran av Region Halland omgående redovisa intyg och uppgifter som regionen kan behöva för kontroll och uppföljning av vårdgivarens frånvarohantering. Om Region Halland inte omgående får ta del av uppgifterna som behövs för denna granskning kan Region Halland komma att hålla inne hela eller delar av ersättningen.

Vårdgivaren är ansvarig gentemot Region Halland, även under frånvaroperioden, när det gäller uppföljning, dialogmöten eller motsvarande.

Vårdgivarens försäkran

Härmed intygas och försäkras att jag är införstådd med att Region Halland, om frånvaroanledningen är sjukdom, kan anvisa läkare för undersökning och prövning av denna anmälan. Jag är införstådd med att min eventuella rätt till ersättning förutsätter att samtliga villkor i denna anmälan i dess helhet uppfylls och att jag annars kan bli återbetalningsskyldig gentemot Region Halland.

Datum:

Underskrift

Namnförtydligande

Skriv under här!

Komplett ifylld anmälan skickas till:

Region Halland
Box 517
301 80 HALMSTAD

Ofullständigt ifylld anmälan återsänds till vårdgivaren.