



Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger

Søknad om adopsjonsstønning

SØKNADSFRIST

Adopsjonsstønning tilstås ikke for lengre tid tilbake enn seks måneder før kravet om adopsjonsstønning kom inn til ordningen.

Opplysninger om søkeren

Søkerens navn _____

Adresse _____

Telefon privat _____ Mobil _____

E-post _____

Fødselsnummer _____

Autorisasjonsdato _____

Kontonr. stønningen ønskes overført til: _____

Skattekommune _____

Har du vært medlem av folketrygden i over tre år? Ja Nei

Opplysninger om søkerens yrkesform

| | Hovedstilling | Bi-stilling | Vikar |
|--|---------------|-------------|-------|
| Fastlege | | | |
| Allmennpraktiserende lege uten driftsavtale | | | |
| Privatpraktiserende spesialist med driftsavtale | | | |
| Privatpraktiserende spesialist uten driftsavtale | | | |
| Sykehuslege | | | |
| Annen offentlig legestilling | | | |
| Annen legevirksomhet (angi ev. hvilken) | | | |

Oppgi ev. spesialitet _____

Dersom du er vikar, besvar følgende (og vedlegg vikaravtale):

- Når startet vikariatet? _____

- Når opphører vikariatet? _____

Opplysninger om virksomheten søknaden gjelder

Praksisens organisering og eierskap: Sett ett kryss under kolonnen "Avkrysning" for hvilken driftsform som passer for din virksomhet.

Vikar må krysse av som innehaver. Har innehaver f.eks. driftsavtale, skal vikaren krysse av for det.

ORGANISERING

Avkrysning

| | Jeg har driftsavtale | Jeg har ikke driftsavtale |
|--|----------------------|---------------------------|
|--|----------------------|---------------------------|

Personlig næringsdrivende

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Jeg driver solopraksis eller er deltaker i gruppepraksis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg er tilknyttet annen juridisk person (aksjeselskap, ansvarlig selskap m.m.) Nærmere om kriterier for retten til ytelsene – se under denne tabellen og besvar om kriteriene er oppfylt | * | * |
| - Pasientene er mine kunder. Jeg innkrever alle inntekter og disse føres i mitt næringskjema. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Pasientene er den andre juridiske personens kunder. Denne innkrever inntektene og honorerer meg. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Arbeidstaker

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Jeg er ansatt i mitt heleide selskap | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kompaniaksjeselskap – jeg er ansatt i selskap sammen med bare andre praktiserende leger. Alle er aktive eiere. Min eierandel i selskapet svarer til min respektive andel av selskapets omsetning. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg er ansatt i aksjeselskap som eies helt eller delvis av andre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

***Dersom legen er tilknyttet annen juridisk person (ref. tabellen over), må følgende kriterier være oppfylt i skriftlig avtale med den juridiske person for at medlemmet vurderes å ha selvråderett som næringsdrivende, og derved ha rett til sykehjelp:**

Er kriteriene oppfylt?

Ja Nei

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Pasienten må være medlemmets kunde, ikke den juridiske personens. Dette må synliggjøres ved at alle praksisinntekter tilkommer legen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Medlemmet kan ikke være underlagt den juridiske personens instruksjonsmyndighet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Den juridiske personen kan ikke påvirke medlemmets helsetjenestetilbud. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Medlemmets tjenester skal ikke framgå som en underlagt del av den juridiske personens helsetjenestetilbud. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Medlemmet skal være tilknyttet den juridiske person som kunde der medlemmet leier lokaler og/eller ev. kjøper spesifiserte hjelpetjenester. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Disse kriterier gjelder ikke for vikaravtaler der praksisinneholder som juridisk person ivaretar sine interesser i egen praksis i forhold til vikaren.

Opplysninger i relasjon til fraværet

Når fant adopsjonen sted? _____

Når startet permisjonen? _____

I hvilket/hvilke tidsrom tar du permisjon? _____

Når begynner du i jobb igjen etter permisjonen? _____

Har du rett til foreldrepenge fra folketrygden? Ja Nei

Vikarordning:

Kollegial vikardekning

Egen vikar

Annen vikarordning

Ikke vikar

Periode(r)

Beskriv: _____

Er du ansvarlig for praksisens driftsutgifter under permisjonen? Ja Nei

Hvor mye betaler evt. vikar per måned under permisjonen? _____ kr./mnd.

For fastleger: Hva utgjorde basisgodtgjørelsen den måned fraværet startet? _____

For spesialister: Hvor lenge opprettholdes driftstilskuddet fra helseforetaket? _____

Opplysninger om inntekt/beregningsgrunnlag for ytelsen seneste kalenderår før arbeidsuførheten inntrådte

Se eget skjema som skal bekreftes av regnskapsfører.

Dersom praksisen har endret seg slik at inntektsforholdene seneste kalenderår ikke har gyldighet for det aktuelle fraværet, eller du ikke hadde drevet ett kalenderår før du ble syk, må inntektene for lengst mulig periode forut for sykefraværet beskrives og dokumenteres, se vedlegg pkt. 4.

Følgende vedlegg må følge søknaden: Uten disse vedlegg vil ikke søknaden bli behandlet!

1. Alminnelig næringsoppgave
2. For aksjeselskaper: Revisorbekreftet årsberetning og regnskap med noter
3. Personlig selvangivelse
4. Skjema for rapportering av beregningsgrunnlag
5. Adopsjonsavtale
6. Stønadsvedtak fra folketrygden
7. Vikaravtale (avtale med lege/leger som ivaretar din funksjon under fraværet)
8. Kopi av bilag for utbetalt basisgodtgjørelse/driftstilskudd den måned sykefraværet startet
9. Kopi av individuell avtale om allmennpraksis i fastlegeordningen eller avtale om spesialistpraksis med regionalt helseforetak
10. Dersom du selv er vikar må du legge ved avtale med praksisinnhaver

I tillegg: Eventuelle relevante avtaler som dokumenterer relasjoner med andre leger, myndigheter, institusjoner, selskaper osv.

Denne søknaden må være fullstendig utfylt. Ufullstendig utfylte søknader vil bli returnert. Uriktige eller ufullstendige opplysninger kan få konsekvenser for retten til ytelsene.

Vi gjør oppmerksom på at du ved å undertegne denne søknaden, gir samtykke til at opplysningene i anonymisert form kan benyttes i forskningsøyemed.

Sted _____ Dato _____ Underskrift _____



Sykehjelps- og
pensjonsordningen for leger

Skjema for rapportering av beregningsgrunnlag ved søknad om avbruddsytelser for

Navn: _____

Inntektsår: _____

Dersom det ikke foreligger et helt driftsår forut for avbruddet, spesifiser inntektsperiode:

f.o.m. _____ t.o.m. _____

samt oppgi eventuelle fraværperioder innenfor dette tidsrommet (ferie/kurs): f.o.m. _____ t.o.m. _____

Inntekter fra kurativ praksis

Driftsinntekter i søkers kurative virksomhet året før fraværet fra praksis

Basisgodtgjørelse (fastleger) _____

Driftstilskudd (avtalespesialister) _____

Trygderefusjoner _____

Praksiskompensasjon _____

Egenandeler/attester/legeerklæringer m.m. _____

Honorar fra veiledning/tillitsvalgtarbeid _____

Sum _____

Øvrige inntekter:

Legevakt: trygderefusjoner og egenandeler _____

Honorar fra pålagt allmennt medisinsk offentlig legearbeid _____

Annet _____

Sum _____

Sum driftsinntekter

(Gjenfinnes i alminnelig næringsoppgave) _____

Utgifter

Sum praksisrelaterte driftskostnader
(for leger ansatt i eget AS skal lønn holdes utenfor) _____

Ev. lønn for leger ansatt i eget AS _____

Andre ikke-praksisrelaterte driftskostnader _____

Sum driftskostnader

(Gjenfinnes i alminnelig næringsoppgave) _____

Lønn fra arbeidstakerstilling per år: _____

Attestasjon

Sted _____

Dato _____

Underskrift _____

Stempel som bekrefter at den som har attestert er autorisert regnskapsfører eller revisor er påkrevet