



Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger

Søknad om svangerskapspengar

Søknadsfrist: 6 månader fra første fraværsdag. Ved innkomet søknad senere enn fristen, tilstås ytelse kun seks månader tilbake i tid fra søknaden er mottatt.

Opplysninger om søkeren

Søkerens navn _____

Adresse _____

Mobil _____

E-post _____

Personnummer _____

Konto nr. stønaden ønskes overført til: _____

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

Autorisasjon

Autorisasjonsdato _____

Har du autorisasjon i dag? Ja Nei

Har du kjennskap til forhold som kan innebære fare for at autorisasjonen suspenderes eller tapes? Ja Nei

Opplysninger om søkerens yrkesform

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

For deg som er vikar, besvar følgende (og vedlegg vikaravtale):

Når startet vikariatet? _____

Når opphører vikariatet? _____

Opplysninger om virksomheten søknaden gjelder

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

Se vedtektenes § 4-1 og 4-3 for organisatoriske vilkår.

ORGANISERING

Avkrysning

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

Personlig næringsdrivende

Jeg driver solopraksis eller er deltaker i gruppepraksis

Jeg er *tilknyttet annen juridisk person* (aksjeselskap, ansvarlig selskap m.m.)

- Pasientene er mine kunder. Jeg innkrever alle inntekter og disse føres i mitt næringskjema.

- Pasientene er den andre juridiske personens kunder. Denne innkrever inntektene og honorerer meg.

Arbeidstaker

Jeg er ansatt i mitt heleide selskap

Kompaniaksjeselskap – jeg er ansatt i selskap sammen med bare andre praktiserende leger. Alle er aktive eiere. Min eierandel i selskapet utgjør minimum 10 % av selskapet. Beregningsgrunnlaget vil fastsettes ut fra min dokumenterte andel av selskapets omsetning

Jeg er ansatt i aksjeselskap som eies – helt eller delvis – av andre

Opplysninger i relasjon til fraværet

Når inntrådte fraværet? _____

Har du rett til svangerskapspengene fra Nav? Ja Nei

Vikarordning

Kollegial vikardekning
Egen vikar
Annen vikarordning
Ikke vikar

Periode(r)

Beskriv: _____

Dekker du praksisens driftsutgifter under fraværet? Ja Nei

Hvor mye betaler eventuelt vikar per måned under fraværet? _____kr./mnd.

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

For spesialister: Hvor lenge opprettholdes driftstilskuddet fra helseforetaket? _____

Opplysninger om inntekt kalenderåret før arbeidsuførheten inntrådte

Se eget skjema på side 4 som skal attesteres av autorisert 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 sykefraværet, må inntektene for lengst mulig periode forut for fraværet oppgis på skjemaet.

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

1. Inntektsrapport (søknadsskjemaets side 4)
2. Kopi av vedtak om svangerskapspengene fra Nav
3. Næringsoppgave
4. For aksjeselskaper: Årsberetning og regnskap med noter
5. Skattemelding
6. Kopi av bilag for utbetalt basisgodtgjørelse/driftstilskudd den måned sykefraværet startet
7. Kopi av fastlegeavtalen eller avtale om spesialistpraksis (RHF)
8. Vikaravtale (avtale med lege/leger som ivaretar din funksjon under fraværet)
9. Dersom du selv er vikar må du legge ved avtale med praksisinnehaver



Sykehjelps- og
pensjonsordningen for leger

Samtykkeerklæring (Må krysses av for at søknaden skal bli klar til behandling)

I henhold til SOPs vedtekter § 1-2 fremgår det at SOP skal "y^{te} støtte til kollektive sykdomsforebyggende tiltak for medlemmer". SOP gjør dette blant annet ved å finansiere forskning som kan gi kunnskap om legers helse, livskvalitet og adferd.

SOP kjøper forskningstjenester av Legeforskningsinstituttet (LEFO). Hvis du samtykker til det, vil opplysninger om deg i aidentifiserbar form kunne brukes i slik forskning om årsaker til sykefravær, samt hyppighet og lengde av sykemelding.

Samtykker du til at personopplysninger som fremgår av vedlagte søknad kan brukes til forskning på årsaker til sykefravær, samt hyppighet og lengde av sykemelding. Forskningen gjennomføres av LEFO på oppdrag fra SOP?

Ja

Nei

Samtykket til bruk av dine personopplysninger i forskningsøyemed, kan når som helst trekkes tilbake ved å sende skriftlig henvendelse til sop@legeforeningen.no. Se mer informasjon om vår behandling av personopplysninger til forskningsformål i **SOPs personvernerklæring** på vår hjemmeside: <https://sop.no/artikler/om-oss/personvern/>

Ytterligere informasjon om SOPs bruk av personopplysninger finnes i **Legeforeningens personvernerklæring**, som er tilgjengelig her: <https://beta.legeforeningen.no/om-oss/legeforeningens-personvernerklaring/>

Denne søknaden må være fullstendig utfylt. Uriktige eller ufullstendige opplysninger kan få konsekvenser for retten til ytelsene.

Sted _____ Dato _____ Underskrift _____

Søknad med vedlegg sendes til: SOP, c/o Den norske legeforening, Postboks 1152 Sentrum, 0107 OSLO

Kontaktinformasjon: e-post: sop@legeforeningen.no, tel: 23 10 90 00, www.sop.no

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 praksisDriftsinntekter i søkeres kurative virksomhet året før fraværet fra praksis

Basisgodtgjørelse (fastleger) _____

Driftstilskudd (avtalespesialister) _____

Trygderefusjoner _____

Egenandeler/attester/legeerklæringer m.m. _____

Praksiskompensasjon _____

Honorar fra veiledning/tillitsvalgtarbeid _____

Sum _____Øvrige inntekter:

Legevakt: trygderefusjoner og egenandeler _____

Honorar fra pålagt allmenmedisinsk offentlig legearbeid _____

Annet _____

Sum _____**Sum driftsinntekter**

(Gjenfinnes i næringsoppgaven) _____

Utgifter

Sum praksisrelaterte driftskostnader _____

(for leger ansatt i eget AS skal lønn holdes utenfor)

Eventuell lønn for leger ansatt i eget AS _____

Andre ikke-praksisrelaterte driftskostnader _____

Sum driftskostnader

(Gjenfinnes i alminnelig næringsoppgave) _____

Lønn fra arbeidstakerstilling (f.eks. kommunal bistilling) **per år:** _____**Attestasjon**

Sted _____

Dato _____

Underskrift _____