

Søknad om sykehjelp

<u>Opplysninger om søkeren</u>	<u>Opplysninger om søkerens yrkesform</u>
Søkerens navn _____	Hovedstilling Bistilling Vikar
Adresse _____	Fastlege <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____	Allment praktiserende lege uten driftsavtale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Telefonnr privat _____ Mobil _____	Privatpraktiserende spesialist med driftsavtale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fødselsnr. _____	Privatpraktiserende spesialist uten driftsavtale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Autorisasjonsdato _____	Sykehuslege <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kontonr. stønaden ønskes overført til: _____	Annen offentlig legestilling <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Skattekommune _____	Annen legevirksomhet (angi ev. hvilken) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Har du vært medlem av folketrygden i over tre år? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Oppgi ev. spesialitet _____
	<u>Dersom du er vikar, besvar følgende (og vedlegg vikaravtale):</u>
	- Når startet vikariatet? _____
	- Når opphører vikariatet? _____

Opplysninger om virksomheten søknaden gjelder

Praksisens organisering og eierskap: Sett ett kryss under kolonnen "Avkryssning" 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	Avkryssning	
	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

- Pasienten må være medlemmets kunde, ikke den juridiske personens. Dette må synliggjøres ved at alle praksisinntekter tilkommer legen. □ □
- Medlemmet kan ikke være underlagt den juridiske personens instruksjonsmyndighet. □ □
- Den juridiske personen kan ikke påvirke medlemmets helsetjenestetilbud. □ □
- Medlemmets tjenester skal ikke framgå som en underlagt del av den juridiske personens helsetjenestetilbud. □ □
- Medlemmet skal være tilknyttet den juridiske person som kunde der medlemmet leier lokaler og/eller ev. kjøper spesifiserte hjelpetjenester. □ □

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

Opplysninger i relasjon til fraværet

Når inntrådte arbeidsuførheten? _____

Er du tidligere behandlet for sykdom av samme art eller årsak? Ja Nei Når? _____

Jeg venter å kunne gjenoppta mitt vanlige arbeid fra _____ Jeg er friskmeldt fra _____

Hva er sykdomsdiagnosen _____

Har du rett til sykepenger fra folketrygden? Ja Nei

Vikarordning:

Kollegial vikardekning Periode(r) _____

Egen vikar _____

Annen vikarordning _____

Ikke vikar _____

Beskriv: _____

Er du ansvarlig for praksisens driftsutgifter under sykefraværet? Ja Nei

Hvor mye betaler evt vikar per måned under sykefraværet? _____ 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. Legeerklæring på SOPs blankett, utfylt av sykmeldende lege
 6. Vikaravtale (avtale med lege/leger som ivaretar din funksjon under fraværet)
 7. Kopi av bilag for utbetalt basisgodtgjørelse/driftstilskudd den måned sykefraværet startet
 8. Kopi av individuell avtale om allmennpraksis i fastlegeordningen eller avtale om spesialistpraksis med regionalt helseforetak
 9. Dersom du selv er vikar må du legge ved avtale med praksisinnhaver
- I tillegg: ev. relevante avtaler som dokumenterer relasjoner med andre leger, myndigheter, institusjoner, selskaper

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 _____

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

Kontaktinformasjon: e-mail: SOP@legeforeningen.no, tlf: 23 10 92 07/23 10 92 09, Web: www.sop.no

Legeerklæring

1. Navn	2. Fødselsnummer (11 siffer)									
3. Sykdomsdiagnose										
4. Har søkeren tidligere lidt av samme sykdom? Ja ... Nei ... I tilfelle når?										
5. Tidspunkt for første konsultasjon:										
6. Søkeren har vært arbeidsufør i sin private legepraksis i følgende tidsrom: (angi grad av arbeidsuførhet) <table border="1" data-bbox="97 1216 547 1581"> <tr> <td>arbeidsufør</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>arbeidsufør</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>arbeidsufør</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>arbeidsufør</td> <td>%</td> </tr> </table>	arbeidsufør	%	arbeidsufør	%	arbeidsufør	%	arbeidsufør	%	Fra dato	Til dato
arbeidsufør	%									
arbeidsufør	%									
arbeidsufør	%									
arbeidsufør	%									
7. Friskmeldt dato:										
8. Hvis ikke friskmeldt, arbeidsuførhetens sannsynlige varighet:										
9. Spesielle opplysninger:										
..... Sted Dato Sykmeldende leges underskrift								



Skjema for rapportering av beregningsgrunnlag ved søknad om avbruddsytelser for:

Navn _____ Inntektsår: _____

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

fom _____ tom _____

samt oppgi eventuelle fraværperioder innenfor dette tidsrommet (ferie/kurs): fom _____ tom _____

Inntekter:

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 _____

Andre inntekter

Legevakt _____

Honorar fra pålagt allmennmedisinsk _____

offentlig legearbeid _____

Annet _____

SUM _____

SUM Driftsinntekter

(gjenfinnes i alminnelig næringsoppgave) _____

Utgifter:

Sum praksisrelaterte driftskostnader _____

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

Evt lønn for leger ansatt i eget AS _____

Andre ikke-praksisrelaterte driftskostnader _____

SUM Driftskostnader

(gjenfinnes i alminnelig næringsoppgave) _____

Lønn fra arbeidstakerstilling per måned: _____

Attestasjon:

Sted _____ Dato _____ Underskrift _____

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