



Søknad om èngangsstønad ved død

| <p><u>Opplysninger om søker</u></p> <p>Søkerens navn _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>Postnummer og sted _____</p> <p>Telefonnr privat _____ Mobil _____</p> <p>Fødselsnummer (11 siffer) _____</p> <p>Kontonr. stønaden ønskes overført til: _____</p> <p>Skattekommune _____</p> <p><u>Søkers relasjon til avdøde:</u></p> <p><input type="checkbox"/> gjenlevende ektefelle/registrert partner</p> <p><input type="checkbox"/> gjenlevende samboer iht definisjon i Lov om folketrygd §1-5</p> <p><input type="checkbox"/> verge for gjenlevende mindreårig barn med pensjonsrett</p> <p><input type="checkbox"/> gjenlevende barn med pensjonsrett (mellom 18 og 20 år)</p> <p><input type="checkbox"/> gjenlevende barn uten pensjonsrett (over 20 år)</p> <p><input type="checkbox"/> annet, beskriv _____</p> | <p><u>Opplysninger om avdøde:</u></p> <p>Avdødes navn: _____</p> <p>Fødselsnummer (11 siffer) _____</p> <p>Dødsdato _____ Dødsårsak _____</p> <p><u>Opplysninger om avdødes yrkesform</u></p> <table><thead><tr><th></th><th>Ja</th><th>Periode</th></tr></thead><tbody><tr><td>Allment praktiserende lege/Fastlege</td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr><tr><td>Privatpraktiserende spesialist</td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr><tr><td>Sykehuslege</td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr><tr><td>Annen offentlig legestilling</td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr><tr><td>Annen legevirksomhet (angi ev. hvilken)</td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____</td></tr><tr><td>Oppgi ev. spesialitet _____</td><td></td><td></td></tr></tbody></table> | | Ja | Periode | Allment praktiserende lege/Fastlege | <input type="checkbox"/> | _____ | Privatpraktiserende spesialist | <input type="checkbox"/> | _____ | Sykehuslege | <input type="checkbox"/> | _____ | Annen offentlig legestilling | <input type="checkbox"/> | _____ | Annen legevirksomhet (angi ev. hvilken) | <input type="checkbox"/> | _____ | Oppgi ev. spesialitet _____ | | |
|--|---|---------|----|---------|-------------------------------------|--------------------------|-------|--------------------------------|--------------------------|-------|-------------|--------------------------|-------|------------------------------|--------------------------|-------|---|--------------------------|-------|-----------------------------|--|--|
| | Ja | Periode | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Allment praktiserende lege/Fastlege | <input type="checkbox"/> | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Privatpraktiserende spesialist | <input type="checkbox"/> | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sykehuslege | <input type="checkbox"/> | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Annen offentlig legestilling | <input type="checkbox"/> | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Annen legevirksomhet (angi ev. hvilken) | <input type="checkbox"/> | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oppgi ev. spesialitet _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p><u>Avdødes opptjeningstid:</u></p> <p>Embetseksamen/cand. med _____</p> <p>Hvor lenge drev avdøde legevirksomhet i Norge i heltidsarbeid* (antall år) _____</p> <p>Har avdøde i noe tidsrom drevet annen virksomhet? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis ja, oppgi fra og til hvilke(t) tidspunkt (måned, år) og type virksomhet _____</p> <p>Har avdøde arbeidet i utlandet? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis ja, oppgi fra og til hvilke(t) tidspunkt (måned, år) og type virksomhet _____</p> <p>*Dersom avdøde i perioder bare delvis har drevet legevirksomhet, avgjør SOPs styre hvor stor del av tidsrommet som skal medregnes som opptjeningstid</p> <p>Vedlegg:</p> <p><input type="checkbox"/> Skifte- / uskifteattest</p> <p><input type="checkbox"/> Fullmakt : Dersom avdøde ikke etterlater seg ektefelle eller barn under 20 år og boet skal deles mellom flere, ber vi om at fullmakt fra øvrige arvinger vedlegges</p> <p><input type="checkbox"/> Ved samboerskap må nødvendig dokumentasjon iht lovens krav foreligge</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Sted _____ Dato _____ Søkers underskrift _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |