



## Tillæg – til dig der er arbejdsgiver

Vejledning i at udfylde indberetningslister

**Planlagt tjeneste:** udfyldes med den aftalte arbejdstid, som dækkes i henhold til beskæftigelsesgraden. Hvis vagten strækker sig over kl. 24:00, skal den opdeles på to datoer.

**Udførte arbejdstimer:** udfyldes med de faktisk udførte arbejdstimer (skal også indeholde sygetimer). Hvis vagten strækker sig over kl. 24:00, skal den opdeles på to datoer.

**Ekstra timer:** udfyldes med det antal timer, der udgør forskellen mellem planlagt tjeneste og udførte arbejdstimer.

**Aften:** et tillæg, som handicaphjælperen får udbetalt for de timer, der ligger mellem kl. 17:00 og kl. 23:00.

**Nat:** et tillæg, som handicaphjælperen får udbetalt for de timer, der ligger mellem kl. 23:00 og kl. 06:00.

**Lørdag:** et tillæg, som handicaphjælperen får udbetalt for de timer, der ligger mellem kl. 8:00 og kl. 24:00.

**Søndage og søgnehellidage:** et tillæg, som handicaphjælperen får udbetalt for de timer, der ligger mellem kl. 00:00 og kl. 24:00 (hele døgnet).

Husk, at tillæg for søgnehellidage ikke skal udbetales, hvis dagen falder på en søndag. Så betragtes den som en søndag.

**Ferie:** udfyld planlagt tjeneste, herefter opføres handicaphjælperens ferietimer i feriekolonnen.

Liste over søgnehellidage og specialdage:

**Søgnehellidage** (hele døgnet) er følgende dage:

- 1. januar
- Skærtorsdag
- Langfredag
- 2. påskedag
- Store Bededag
- Kristi Himmelfartsdag
- 2. pinsedag
- 1. og 2. juledag

Grundlovsdag: udloddes som en søgnehellidag fra kl. 12:00 – kl. 24:00

BILAG :

1. Fuldmagt til Nyborg Kommune vedr. lønadministration
2. Indberetningsliste + indberetning for, ansættelse, ændringer etc.
3. Fraværsblanket
4. Raskmelding / genoptagelse af arbejdet

# FULDMAGT

## Undertegnede

Navn: \_\_\_\_\_ cpr.nr. \_\_\_\_\_  
(udfyld med blokbogstaver)

Giver herved tilladelse til, at **Socialafdelingen** i Nyborg kommune på mine vegne administrerer al indberetning og udbetaling vedrørende løn til mine hjælpere.

Dato:

\_\_\_\_\_  
(underskrift)

INDBERETNINGSLISTE TIL BRUG FOR ANSÆTTELSE, ÆNDRINGER M.V.

Ansættelse

Ændring

Afgang

Navn:		Cpr.nr.:	
Adresse:		Tlf.nr.:	

Aflønning:(afl.form)	Månedligt bagud <input type="checkbox"/>	Timeløn <input type="checkbox"/>
----------------------	--	----------------------------------

Ansættelse:	Fast <input type="checkbox"/>	Ansættelsesdato:	
	Tidsbegrænset <input type="checkbox"/>	Periode:	
Stillingsbetegnelse:	Personlig hjælper, Lov om Social Service § 96		
Arbejdssted:			

Ugentligt timetal:	Dag <input type="checkbox"/>	Aften <input type="checkbox"/>	Nat <input type="checkbox"/>
Fra dato:		Periode:	

Skatteoplysninger:	Hovedkort <input type="checkbox"/>	Bikort <input type="checkbox"/>	Frikort <input type="checkbox"/>
--------------------	------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

Fratrædelsesdato:	
-------------------	--

Bemærkninger:

\_\_\_\_\_  
Dato      Medarbejder

\_\_\_\_\_  
Dato      Arbejdsgiver

**Indberetningsliste for timelønnede hjælpere iht. Service Lovens § 96**

navn \_\_\_\_\_ cpr.nr. \_\_\_\_\_

**Arbejdsgiver**

Dato	Arbejdstid				Normal timer dag	Aften-tillæg 17-23	Nat-tillæg 23-06	Lør-dag 08-24	Søn- og helligdage	Rådigheds timer	Pulje-timer	Ferie timer	Syge-fravær	Bemærkning
	Fra kl.	Til kl.	Fra kl.	Til kl.										
1/														
2/														
3/														
4/														
5/														
6/														
7/														
8/														
9/														
10/														
11/														
12/														
13/														
14/														
15/														
16/														
17/														
18/														
19/														
20/														
21/														
22/														
23/														
24/														
25/														
26/														
27/														
28/														
29/														
30/														
31/														
<b>Lønart</b>					110	170	178	160	240	101			130	
<b>I alt</b>														

Dato \_\_\_\_\_ Lønmodtagerens underskrift \_\_\_\_\_ Dato \_\_\_\_\_ Arbejdsleders attestation \_\_\_\_\_ Dato \_\_\_\_\_ Indberettet \_\_\_\_\_



Navn og adresse			
Stilling	<input type="checkbox"/> Månedsløn <input type="checkbox"/> Timeløn/md. <input type="checkbox"/> Timeløn/14.dag		
Navn	Aft. form	Personnummer	Ex. cif.
Adresse/Afdeling	<b>Anmeldelse af fravær</b> i forbindelse med sygdom, barnets første og anden sygedag, omsorgsdage og seniordage		

**Fraværsperiode (bortset fra barselsorlov)**

Første fraværdsdag - dato	X	Planlagte arb.timer på første fraværdsdag	Forventet varighed
			<input type="checkbox"/> Kortere <input type="checkbox"/> Længere

**Fravær pga. sygdom**

<input type="checkbox"/> Hel sygedag <input type="checkbox"/> Delvis sygedag	Dato	Evt. fra kl.	Antal timer
Fraværet skyldes	<input type="checkbox"/> Delvis uarbejdsdygtighed		Udfyld skemaet på side 3
<input type="checkbox"/> Sygdom	<input type="checkbox"/> Arbejdsskade		
Oplysninger om fraværet			
<input type="checkbox"/> Lønmodtageren har ikke været beskæftiget i 74 timer indenfor de sidste 8 uger inden fraværet		<input type="checkbox"/> Lønmodtageren har ikke tidl. været ansat hos arbejdsgiveren	
<input type="checkbox"/> Fraværet er begyndt inden 8 uger efter ansættelsen			

**Anden fraværsårsag**

<input type="checkbox"/> Barnets første og anden sygedag (Efter aftale med arbejdsgiveren)	<input type="checkbox"/> Sygeligt forløbende graviditet (Jf. barselslovens § 6, stk. 2, skal dokumenteres ved lægeerklæring)	Oplys dato for forventet fødsel
Andet - art		

**Omsorgsfravær**

<input type="checkbox"/> 2 dage <input type="checkbox"/> 1 dag <input type="checkbox"/> 1/2 dag	Dato/periode (begge dage inkl.)
Barnets navn	Barnets personnummer

**Fravær i forbindelse med seniordage**

Antal seniordage i alt			
Afholdelse af seniordage	Hele dage	Halve dage	Timer
	Datoer	Datoer	Datoer

**Tjenestestedet**

Evt. bemærkninger
-------------------

**Arbejdsgiver/virksomhed**

Dato og underskrift
---------------------



Navn og adresse		
Stilling	<input type="checkbox"/> Månedsløn <input type="checkbox"/> Timeløn/md. <input type="checkbox"/> Timeløn/14.dag	
Navn	Afl. form	Personnummer
Adresse/Afdeling	Ex. cif.	
<b>Raskmelding/ Genoptagelse af arbejde</b>		



**Fraværsperiode (bortset fra barselsorlov)**

Første fraværsdag - dato	Sidste fraværsdag - dato	Planlagte arb.timer på første fraværsdag	Forventet varighed
			<input type="checkbox"/> Kortere <input type="checkbox"/> Længere

**Fravær pga. sygdom**

<input type="checkbox"/> Hel sygedag	<input type="checkbox"/> Delvis sygedag	Dato	Evt. fra kl.	Antal timer
Fraværet skyldes			<input type="checkbox"/> Delvis uarbejdsdygtighed	Udfyld skemaet på side 3
<input type="checkbox"/> Sygdom			<input type="checkbox"/> Arbejdsskade	
Sygdom omfattet af en § 56-aftale efter dp-loven				
Oplysninger om fraværet				
<input type="checkbox"/> Lønmodtageren har ikke været beskæftiget i 74 timer indenfor de sidste 8 uger inden fraværet		<input type="checkbox"/> Lønmodtageren har ikke tidl. været ansat hos arbejdsgiveren		
<input type="checkbox"/> Fraværet er begyndt inden 8 uger efter ansættelsen				

**Anden fraværsårsag**

<input type="checkbox"/> Barnets første og anden sygedag (Efter aftale med arbejdsgiveren)	<input type="checkbox"/> Sygeligt forløbende graviditet (Jf. barselslovens § 6, stk. 2, skal dokumenteres ved lægeerklæring)	Oplys dato for forventet fødsel
Andet - art		

**Omsorgsfravær**

<input type="checkbox"/> 2 dage <input type="checkbox"/> 1 dag <input type="checkbox"/> 1/2 dag	Dato/periode (begge dage inkl.)
Barnets navn	Barnets personnummer

**Tjenestestedet**

Evt. bemærkninger
-------------------

**Arbejdsgiver/virksomhed**

Dato og underskrift
---------------------

**Lønmodtagerens erklæring og underskrift**

<p>Jeg er bekendt med, at afgivelse af erklæringen ikke medfører indskrænkninger i pligten til på forlangende at fremskaffe lægeattest. Jeg er endvidere bekendt med, at afgivelse af urigtig erklæring kan medføre strafansvar.</p> <p>Arbejdsgiveren registrerer de modtagne oplysninger og kan videregive oplysningerne til andre, der har lovmæssigt krav på oplysningerne eller samarbejder med kommunen.</p> <p>Arbejdsgiveren sletter oplysningerne når opbevaringspligten udløber og et eventuelt arkiveringskrav er opfyldt</p>	<p>Du har ret til at vide hvilke oplysninger, der behandles om dig, og du kan kræve forkerte oplysninger rettet eller slettet.</p> <p><b>Kommunens databeskyttelsesrådgiver</b> Du kan kontakte kommunens databeskyttelsesrådgiver om dine rettigheder i henhold til databeskyttelseslovgivningen. Du har ret til at klage til Datatilsynet over Kommunens behandling af dine personlige oplysninger. På <a href="http://Datatilsynet.dk">Datatilsynet.dk</a> kan du læse mere om databeskyttelsesrådgiverens rolle.</p>
Dato og underskrift	