

# Arbejdsgivererklæring

Afgivet til brug for ansøgning om erstatning fra staten efter offererstatningsloven

Nævnets j.nr.: \_\_\_\_\_

Den ansattes navn: \_\_\_\_\_

Den ansattes stilling: \_\_\_\_\_

ERSTATNINGSNÆVNET

Civilstyrelsen

Adelgade 13

1304 København K

Tlf. (+45) 33 92 33 34

Fax (+45) 33 20 45 05

E-post: [post@erstatningsnaevnet.dk](mailto:post@erstatningsnaevnet.dk)

1. Hvornår startede ansættelsesforholdet?

Dato: \_\_\_\_\_

2. Arbejdede den ansatte på fuld tid?

Ja Nej Hvis nej: Hvad var den ansattes ugentlige arbejdstid i virksomheden? \_\_\_\_\_ timer

3. Hvorledes aflønnedes den ansatte?

Timeløn 14-dages løn Månedsløn Lønnens størrelse: \_\_\_\_\_ kr. pr. \_\_\_\_\_

4. Var der knyttet pensionsordning til ansættelsen?

Ja Nej Hvis ja: Hvor stort var pensionsbidraget? Arbejdsgivers andel: \_\_\_\_\_ % Arbejdstagers andel: \_\_\_\_\_ %

5. Blev der ydet ferietillæg iht. ferielovens § 23?

Ja Nej Hvis ja: Ferietillægs størrelse: \_\_\_\_\_ %

6. Blev der ydet søgne-/helligdagsgodtgørelse?

Ja Nej Hvis ja: Godtgørelsens størrelse: \_\_\_\_\_ % ?

7. I hvilken periode(r) har den ansatte været sygemeldt som følge af tilskadekomsten?

Fra: \_\_\_\_\_ Til og med: \_\_\_\_\_

Fra: \_\_\_\_\_ Til og med: \_\_\_\_\_

(Tilføj eventuelt yderligere sygeperioder på side 2)

8. Har den ansatte modtaget fuld løn fra Dem i hele sygeperioden?

Ja Nej Hvis nej: Har den ansatte modtaget delvis løn, dagpenge eller anden godtgørelse for mistet arbejdsfortjeneste fra Dem?

Ja Nej Hvis ja: Hvor længe og med hvilket beløb?

Fra: \_\_\_\_\_ Til og med: \_\_\_\_\_

Beløb: \_\_\_\_\_ kr.

9. Kunne den ansatte have forventet beskæftigelse hos Dem i hele sygeperioden, såfremt den ansatte ikke havde været syg?

Ja Nej Hvis nej: Hvorfor ikke? \_\_\_\_\_

(Benyt eventuelt side 2 til besvarelse heraf)

10. Har den ansatte genoptaget sit arbejde hos Dem efter sygeperioden?

Ja Nej Hvis ja: Fra dato: \_\_\_\_\_ Fuldtid Deltid

Lønnens størrelse: \_\_\_\_\_ kr. pr. \_\_\_\_\_

Hvis nej: Hvorfor ikke? \_\_\_\_\_

(kopi af opsigelse kan vedlægges - Benyt eventuelt side 2 til besvarelse heraf)

Sted

Dato

Arbejdsgivers stempel og underskrift

Evt. supplerende bemærkninger: