Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue
Västra Nylands välfärdsområde

Frånvaroanmälan

Anvisningar på sida 2

Myndigheten fyller i: Verksamhetsenhetens nummer _____ Arbetsgivarens arbetsplatsnummer _____

Uppgifter om arbetsgivaren

Efternamn	Förnamn	Personbeteckning
Telefonnummer	E-postadress	
Assistanstagarens efternamn och förnamn (om hen inte är arbetsgivare)		

Uppgifter om arbetstagaren

Efternamn	Förnamn	Personbeteckning
Telefonnummer	E-postadress	

Är assistenten partner (make eller sambo), barn, förälder, mor- eller farförälder, syskon eller barnbarn till arbetsgivaren eller assistenstagaren? ☐ Ja ☐ Nej

Arbetstagaren får
☐ Timlön ☐ Månadslön

Sjukledighet

Sjukledigheten är
☐ Avlönad för perioden (1 + 9 vardagar) ____ . ____ . 20____ – ____ . ____ . 20____
☐ Oavlönad för perioden ____ . ____ . 20____ – ____ . ____ . 20____

☐ Jag har sett ett intyg av en läkare, hälsovårdare eller sjukskötare som arbetstagaren lämnat in.
Läkaren, hälsovårdaren eller sjukskötaren har bedömt att arbetstagaren har rätt att få sjukledighet på grund av sjukdom.

Semester eller ledighet

☐ Semester med lön för kvalifikationsåret _____, för perioden ____ . ____ . 20____ – ____ . ____ . 20____
för kvalifikationsåret _____, för perioden ____ . ____ . 20____ – ____ . ____ . 20____
för kvalifikationsåret _____, för perioden ____ . ____ . 20____ – ____ . ____ . 20____
☐ Ledighet vid timanställning för perioden ____ . ____ . 20____ – ____ . ____ . 20____
☐ Annan oavlönad ledighet för perioden ____ . ____ . 20____ – ____ . ____ . 20____

Familjeledighet

☐ Moderskapsledighet (332), oavlönad för perioden ____ . ____ . 20____ – ____ . ____ . 20____
☐ Föräldraledighet (334), oavlönad för perioden ____ . ____ . 20____ – ____ . ____ . 20____
☐ Faderskapsledighet (335), oavlönad för perioden ____ . ____ . 20____ – ____ . ____ . 20____

Annat

☐ Studieledighet för perioden ____ . ____ . 20____ – ____ . ____ . 20____
☐ Permittering för perioden ____ . ____ . 20____ – ____ . ____ . 20____
☐ Anställningsförhållandet har upphört. Sista anställningsdag var ____ . ____ . 20____

Mer information

Datum och underskrifter

Datum	Arbetsgivarens underskrift och namnförtydligande	Arbetstagarens underskrift och namnförtydligande

Skriv ut blanketten | Radera

Anvisningar till arbetsgivaren om ifyllandet av den personliga assistentens frånvaroanmälan

Sjukledighet

Arbetstagaren ska omedelbart meddela arbetsgivaren om hen på grund av sjukdom inte kan utföra sitt arbete. Arbetsgivaren meddelar funktionshinderservicen om arbetstagarens sjukledighet på frånvaroblanketten, så att sjukfrånvaron kan beaktas vid löneutbetalningen.

Om anställningsförhållandet pågått i minst en månad, har arbetstagaren rätt att få full lön **för insjukningsdagen och därpå följande nio vardagar (1 + 9)**. Om sjukdomstiden fortgår längre än så, ansöker arbetstagaren om dagpenning hos Folkpensionsanstalten. I arbetsförhållanden som pågått kortare tid än en månad får arbetstagaren 50 procent av lönen.

Skriv i blanketten att du har sett ett intyg av en läkare/hälsovårdare/sjukskötare som arbetstagaren lämnat in. Du får inte skicka intyget till funktionshinderservicen. Vi rekommenderar att arbetsgivaren sparar intyget i två år.

Arbetstagaren får lön för sjukfrånvaron enligt en plan över arbetsskiften som upprättats i förväg. De arbetstimmar som planerats för de dagar som arbetstagaren är sjukledig ska anges i timlistan. Om ingen plan över arbetsskiften upprättats för sjukfrånvaron, betalas arbetstagaren en genomsnittlig lön för sjukledigheten.

Arbetstimmarna för en fast anställd assistents sjukfrånvaro minskar inte de assistanstimmar som du beviljats, trots att du anger dem i timlistan. Under sjukfrånvaron får du ersättning för kostnaderna för att anställa en vikarie.

Semester

Anmäl arbetstagarens semester i god tid till funktionshinderservicen på frånvaroblanketten (minst en månad före den planerade semestern). För semestertiden ska du inte fylla i timlistan.

Kvalifikationsåret börjar 1 april och slutar 31 mars. Arbetsgivaren ska ordna vikarie innan semestern beviljas. Under assistentens semester ersätter staden kostnaderna för att anställa en vikarie. Vikarien ingår ett arbetsavtal för den tid som assistenten är på semester.

Om semestern inställs, ska funktionshinderservicen underrättas utan dröjsmål. Om anmälan inte görs, kan semesterdagen anses ha använts.

En assistent som inte intjänar semester har rätt till två lediga vardagar för var kalendermånad som hen är anställd. Arbetstagaren är inte tvungen att ta ut lediga dagar. En timanställd som inte intjänar semester och därmed inte får semesterpenning får semesterersättning.

Annan ledighet utan lön

Arbetstagaren har rätt till ledighet utan lön till exempel av trängande familjeskäl. Sådan ledighet är tillfällig vårdledighet (vård av sjukt barn). Arbetsgivaren och arbetstagaren kan också avtala om annan oavlönad ledighet för arbetstagaren. Orsaken till den oavlönade ledigheten behöver inte meddelas funktionshinderservicen.

Familjeledighet

Med familjeledighet avses moderskaps-, faderskaps- eller föräldraledighet. Arbetsgivaren är inte skyldig att betala arbetstagaren lön för familjeledighetstiden. Västra Nylands välfärdsområde ersätter inte assistentens lön för denna tid. Arbetstagaren kan ansöka om dagpenning för familjeledigheten hos Folkpensionsanstalten.

Om arbetstagaren är medlem i Heta – förbundet för personliga assistenters arbetsgivare i Finland, följer arbetsgivaren Heta-förbundets kollektivavtal, som kan avvika från det som nämns ovan.

Studieledighet

Under en studieledighet är arbetstagaren befriad från sitt arbete för utbildning eller studier. Under studieledigheten betalas ingen lön.

Permittering

Det kan vara nödvändigt att permittera en arbetstagare i en situation där arbetsgivarens förutsättningar att erbjuda arbete tillfälligt har minskat. En arbetstagare ska permitteras till exempel om arbetsgivaren tas in på sjukhus eller inleder rehabilitering.

Arbetsgivaren ska ge arbetstagaren ett skriftligt meddelande om permittering minst 14 dagar innan permitteringen börjar. Under permitteringen betalas ingen lön till assistenten. Assistenten har rätt att ta emot annat arbete och rätt till arbetslöshetsförmån medan hen är permitterad.

Om arbetet förhindras plötsligt av en orsak som beror på arbetsgivaren, till exempel att denne plötsligt tas in på sjukhus, fortsätter skyldigheten att betala lön i regel högst 14 dagar från det att permitteringen meddelats.

När anställningsförhållandet har upphört

Meddela funktionshinderservicen när arbetstagarens anställningsförhållande upphör.

Anställningsförhållandet upphör oftast när arbetstagaren säger upp sig. Arbetstagaren behöver inte ange en särskild grund för uppsägningen. Arbetstagaren ska iaktta uppsägningstiden enligt arbetsavtalslagen eller den uppsägningstid som anges i arbetsavtalet.

Arbetsgivaren kan säga upp arbetsavtalet endast av synnerligen vägande skäl. Om arbetstagaren är frånvarande från arbetet minst sju dagar utan att under denna tid meddela till arbetsgivaren ett giltigt skäl till frånvaro, har arbetsgivaren rätt att anse arbetsavtalet hävt räknat från början av frånvaron. Anmäl även då om hävningen av arbetsavtalet till funktionshinderservicen. Då krävs inte arbetstagarens underskrift.

Det är viktigt att du anmäler att anställningsförhållandet upphör. Om Västra Nylands välfärdsområde sköter löneutbetalningen, betalas arbetstagaren till exempel semesterersättning för outtagna semesterdagar utifrån anmälan.

Om arbetsgivaren omkommer, har både delägarna i dödsboet och arbetstagaren rätt att säga upp arbetsavtalet.

Till blankettens början