



SØKNAD OM UFØREPENSJON

(når det er søkt om arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd fra NAV)

Flekkefjord kommunale pensjonskasse

Kirkegaten 50
4400 FLEKKEFJORD
Tlf. 38328016

Søknaden vil bli behandlet konfidensielt

Etternavn og fornavn:		Fødselsnummer:	
Adresse:	Postnr.:	Poststed:	NAV kontor:
Arbeidssted/avdeling:	e-post adresse:	Telefon privat /arbeid:	
Ektefelle/registrert partners navn:		Fødselsnummer:	
Vedrørende barnetillegg til uførepensjon. Jeg forsørger følgende barn under 18 år:			
Navn:		Fødselsnummer:	
Navn:		Fødselsnummer:	
Navn:		Fødselsnummer:	
Søknad om uførepensjon fra/..... 20..... <input type="checkbox"/> Midlertidig <input type="checkbox"/> Fast % i uføregrad			
Arbeidsuførhetens årsak:			
.....			
Når oppstod sykdommen / inntraff ulykken: (dato)			
Når ble du sykemeldt første gang for denne sykdommen / ulykken? (dato)			
Når søkte du lege første gang for denne sykdommen / ulykken: (dato)			
Behandlerende lege: (navn)			
Forventer du å jobbe i deler av din stilling tillegg til arbeidsavklaringspenger / uførepensjon?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Forventet aktiv stillingsprosent:			
Hvilken årsinntekt forventer du å ha i tillegg til arbeidsavklaringspenger / uførepensjon:			
arbeidsinntekt (både privat og offentlig sektor)		kr	
annen inntekt (næringsinntekt, utenlandsinntekt)		kr	

Unntatt offentlighet etter off. § 13, fvl §13.1

Har du vært medlem av annen pensjonsordning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, oppgi navnet på pensjonsordningen: (eks. KLP, Statens pensjonskasse eller andre offentlige ordninger). Evt. oppgi navnet på tidligere arbeidsgivere.	
Årslønn*	Pensjonsgivende tillegg*	Lønnen opphørte den (maks sykepengedato):*
Mottar du arbeidsavklaringspenger/uføretrygd fra NAV: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Har du framsatt krav om arbeidsavklaringspenger/uføretrygd fra NAV: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Har du ytelser fra andre pensjons- eller trygdeordninger: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, oppgi hvilken ordning:		
Har du vært arbeidsufør tidligere? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, hva var årsaken til uførheten: Når var du ufør?: (periode) Hva het behandlende lege?		
Spesielle opplysninger kan gis her.		
Jeg samtykker at FKP om nødvendig kan innhente ytterligere opplysninger hos lege, annen pensjonsordning eller NAV for behandlingen av pensjonskravet. <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="194 1312 501 1357">..... sted</div> <div data-bbox="507 1312 871 1357">..... dato</div> <div data-bbox="877 1312 1436 1357">..... søkers underskrift</div> </div> Bankkontonummer pensjonen skal overføres til : Vedlegg: <input type="checkbox"/> Ved krav om barnetillegg må fødsels/dåpsattest for barna vedlegges.		
* Fylles ut av arbeidsgiver		
..... Sted Dato Underskrift arbeidsgiver