



Ansøgning om yderligere erstatning og godtgørelse, bistand til ansøgning om FN-erstatning og tillægsydelse efter aktstykke 425

Forsvarets særlige erstatnings- og godtgørelsesordning

Jeg har fået anerkendt en arbejdsskade efter udsendelse i INTOPS og har ikke fået udbetalt godtgørelse efter Forsvarets særlige erstatnings- og godtgørelsesordning.

Kulancemæssig godtgørelse for svie og smerte

Jeg har fået anerkendt en arbejdsskade efter udsendelse i INTOPS og arbejdsskaden er årsag til, at jeg har haft sygeperioder. Anmeldelsen af arbejdsskaden er ikke mere end 5 år gammel, hvorfor jeg gerne vil ansøge om kulancemæssig godtgørelse for svie og smerte.

FN-erstatning

Jeg har fået anerkendt en arbejdsskade fra min udsendelse på FN-mission, hvorfor jeg gerne vil bistås i min ansøgning om FN-erstatning.

Tillægsydelse efter aktstykke 425

Jeg har fået anerkendt en arbejdsskade som følge af min udsendelse i INTOPS og har fået fastsat et varigt erhvervsevnetab på mindst 15 %.

Navn:	Cpr. nr:
-------	----------

Spørgeskema til brug for ansøgning om kulancemæssig godtgørelse for svie og smerte:					
<p>1. Har du som følge af en anerkendt arbejdsskade pådraget i INTOPS været sygemeldt hos en anden arbejdsgiver end Forsvaret eller har modtaget kommunale ydelser i din sygeperiode?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;">ja</td> <td style="text-align: center; width: 50%; color: red;">nej</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding-top: 10px;"> <p>1. Har du svaret "JA" på spørgsmålet, bedes du venligst markere den eller de sygemeldingsperioder, hvor du har været sygemeldt ved en anden arbejdsgiver, været tilknyttet et kommunalt forløb og/eller modtaget social ydelse (med et "X" ud for perioden nedenfor),</p> <p>2. samt hvis det er muligt, fremsende opgørelse af dine sygedage fra denne arbejdsgiver. Angiv evt. anden arbejdsgiver: _____</p> </td> </tr> </table>	ja	nej	<p>1. Har du svaret "JA" på spørgsmålet, bedes du venligst markere den eller de sygemeldingsperioder, hvor du har været sygemeldt ved en anden arbejdsgiver, været tilknyttet et kommunalt forløb og/eller modtaget social ydelse (med et "X" ud for perioden nedenfor),</p> <p>2. samt hvis det er muligt, fremsende opgørelse af dine sygedage fra denne arbejdsgiver. Angiv evt. anden arbejdsgiver: _____</p>	
ja	nej				
<p>1. Har du svaret "JA" på spørgsmålet, bedes du venligst markere den eller de sygemeldingsperioder, hvor du har været sygemeldt ved en anden arbejdsgiver, været tilknyttet et kommunalt forløb og/eller modtaget social ydelse (med et "X" ud for perioden nedenfor),</p> <p>2. samt hvis det er muligt, fremsende opgørelse af dine sygedage fra denne arbejdsgiver. Angiv evt. anden arbejdsgiver: _____</p>					
<p>2. Hvilken periode har du været sygemeldt som følge af den arbejdsskade, som du har fået under din udsendelse på INTOPS?</p> <p><i>Hvis du ikke kan huske perioderne helt præcist, bedes du oplyse perioderne efter bedste evne, men helst så præcist som muligt.</i></p>	<p>Perioden fra d. _____ til d. _____</p> <p>Perioden fra d. _____ til d. _____</p> <p>Perioden fra d. _____ til d. _____</p> <p>Perioden fra d. _____ til d. _____</p>				



<p>2. Fortsat</p>	<p>Flere perioder? <i>Angiv dem venligst her:</i></p> <p>Enkelte sygedage? <i>Angiv dem venligst her:</i></p>
<p>3. Har du haft flere arbejdsskader i INTOPS?</p>	<p><i>Hvis du har haft flere skader under INTOPS, bedes du venligst anføre hvilke sygeperioder, der kan knyttes til de forskellige skader.</i></p>
<p>4. Til brug for behandlingen af din ansøgning bedes du venligst oplyse, hvilke steder du har modtaget behandling herunder evt. operation for de gener, som arbejdsskaden har medført.</p> <p><i>Eksempelvis psykolog, skadestue, hospital osv.</i></p>	
<p>5. Er der andre oplevelser/hændelser end dem, du havde under din udsendelse på INTOPS, som kan have haft indflydelse på dine sygeperioder?</p> <p><i>Vi har brug for at tegne et fuldstændigt billede af dit sygeforløb, før vi kan tage stilling til din sag.</i></p>	



SAMTYKKEERKLÆRING

(Udfyldes med blokbogstaver)

Undertegnede

Navn:

Telefon:

Cpr.nr.:

Adresse:

Tjenestested:

giver herved Forsvarsministeriets Personalestyrelse, Forsvarsministeriets Arbejdsskade- og Erstatningskontor bemyndigelse til at indhente, videregive og modtage dokumentation i form af oplysninger, lægeark og afgørelser fra Arbejdsskadestyrelsen, herunder oprettelse i Arbejdsskadestyrelsens digitale system med følgende koder:

Kode 11:

Forsvarsministeriets Personalestyrelse (**AN7281962**) får fremover kopi af alle afgørelser i sagen. Denne fuldmagtstype anvendes normalt af arbejdsmedicinske klinikker, kommuner og pensionsmyndigheder.

Kode 99:

Forsvarsministeriets Arbejdsskade og Erstatningskontor (**FS406**) får adgang til Se Sag og får ikke kopi af breve eller afgørelser. Fuldmagtshaver får adgang til at se alle sagens ind- og udgående breve i Se Sag.

Samtykket omfatter ligeledes oplysninger fra Ankestyrelsen, kommuner, forsikringsselskaber, læger, tandlæger, hospitaler, politi mv. alt til brug ved behandling af arbejdsskade herunder Forsvarets særlige erstatnings- og godtgørelsesordning, kulancemæssig godtgørelse til svie og smerte, bistand til ansøgning om erstatning ved FN og/eller erstatningssag samt evt. regressag.

Yderligere gives der samtykke til, at Forsvarsministeriets Personalestyrelse kan indhente oplysninger om min økonomi til brug for beregningen af størrelsen af den supplerende ydelse efter aktstykke 425. Der kan indhentes oplysninger fra eksempelvis (ikke begrænset til) HKKF Fonde, CS Fonde, SKAT, øvrige pensionskasser, banker mv.

.....
Dato og underskrift