

DECLARATIEFORMULIER VOOR ZORGVERLOF

Het formulier dient binnen 2 maanden na de laatste dag van de zorgverlofperiode te zijn ingediend bij SRMA!

NAAM VAN DE APOTHEEK : _____
APOTHEEKNUMMER : _____
NAAM VAN DE WERKNEMER : _____
REGISTRATIENUMMER WERKNEMER : _____
GEBOORTEDATUM WERKNEMER : _____

1 Naam van verzorgde persoon : _____
2 De relatie van deze persoon tot de werknemer : _____
3 Reden van zorgverlof : _____
4 Datum aanvang verzorging : _____
5 Datum laatste verzorging : _____
6 Aantal door verzorging verzuimde werkuren (*exclusief seniorenuren*)
1^e halfjaar : _____
2^e halfjaar : _____

7 Is er in de verzorgingsperiode conform punt 6 sprake geweest van ziekte van de werknemer? : Ja/Nee*
8 Is er in de verzorgingsperiode sprake geweest van buitengewoon verlof anders dan zorgverlof? : Ja/Nee*
9 Is er dit kalenderjaar al een beroep gedaan op zorgverlof door deze werknemer? : Ja/Nee*

10 Op hoeveel salarisuren is het dienstverband gebaseerd? : _____ per week
Hoeveel bedraagt het bruto maandsalaris van de werknemer? : € _____
Wij verzoeken u een **kopie van de loonstrook** van de verzorgingsperiode bij te voegen.

11 Gegevens ten behoeve van de gewenste betalingswijze.
Giro/Bankrekeningnummer : _____
Naam rekeninghouder : _____

De werkgever ontvangt van de stichting een specificatie van de vergoeding.

-
- 12 Ondergetekenden verklaren dat ;
- De aanvraag voldoet aan de beschrijving van zorgverlof conform het Reglement Zorgverlof.
 - Zij de stichting toestemming geven alle gegevens te verifiëren die van invloed kunnen zijn op het recht op gebruikmaking van de regeling en de berekening van de vergoeding.
 - Zij er kennis van hebben genomen dat niet volledig ingevulde formulieren niet in behandeling worden genomen.
 - Zij dit formulier naar waarheid hebben ingevuld.
-

Toelichting

Men kan gebruik maken van doorbetaald zorgverlof als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

1. Er is sprake van ziekte van partner, bloed- of aanverwanten in de eerste of tweede graad (ouder, kind, broer, zus, grootouder, kleinkind, schoonouder), pleegkinderen of pleegouders;
2. De persoonlijke aanwezigheid is noodzakelijk en dit kan aangetoond worden;
3. Men is aangemeld bij het Pensioenfonds Medewerkers Apotheken.

Of aan de eerste twee voorwaarden voldaan is, wordt overigens niet door PMA getoetst. Het is de verantwoordelijkheid van de werknemer en werkgever om te bepalen of er daadwerkelijk sprake is van een ziekte waarbij de persoonlijke aanwezigheid noodzakelijk is.

Aanvraagprocedure

Het formulier moet binnen 2 maanden na de laatste dag van de zorgverlofperiode zijn ingediend, rekeninghoudend met:

1. Indien de zorgverlofperiode langer duurt dan 1 maand, dient per kwartaal te worden gedeclareerd. De declaratie dient in ieder geval binnen 1 maand na het verstrijken van het betreffende kwartaal te zijn ingediend.
 2. Indien de zorgverlofperiode één kalenderjaar overschrijdt, dienen de te declareren zorgverlofuren te worden uitgesplitst naar de betreffende kalenderjaren.
 3. Indien de zorgverlofperiode niet aaneengesloten wordt opgenomen, dient na elke periode van opname van het zorgverlof gedeclareerd te worden. Dit geldt ook indien de werknemer de maximale periode van het zorgverlof per kalenderjaar niet heeft opgemaakt.
-

Opmerkingen en/of aanvullingen

Werknemer

Plaats

Datum

Handtekening

Werkgever

Plaats

Datum

Handtekening
