



## SØKNAD OM OPPSATT UFØREPENSJON

(når det er søkt om uføretrygd fra NAV)

### Sandnes kommunale pensjonskasse

Rådhusgata 3  
4306 SANDNES  
Tlf. 51 33 54 91

#### 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"/> Fast ..... % i uføregrad			
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 uførepensjon? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Forventet aktiv stillingsprosent: .....			
Hvilken årsinntekt forventer du å ha i tillegg til uførepensjon:			
arbeidsinntekt (både privat og offentlig sektor)		kr .....	
annen inntekt (næringsinntekt, utenlandsinntekt)		kr .....	

**Unntatt offentlighet etter off. § offl. § 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 uføretrygd fra NAV:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du framsatt krav om uføretrygd fra NAV:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du ytelser fra andre pensjons- eller trygdeordninger: Hvis ja, oppgi hvilken ordning:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
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 SKP om nødvendig kan innhente ytterligere opplysninger hos lege, annen pensjonsordning eller NAV for behandlingen av pensjonskravet.		
..... sted	..... dato	..... søkers underskrift
Bankkontonummer pensjonen skal overføres til: .....		

