Polish Connection

Wymagane informacje/dokumenty do przygotowania podania o zasiłek przejściowy - rehabilitacyjny (AAP) :

- aktualne zaświadczenie od lekarza o stanie zdrowia z opisem przebiegu leczenia, efektów i prognoz oraz z informacją o niezdolności do podjęcia jakiejkolwiek pracy

- pełna dokumentacja medyczna, opisująca przebieg choroby i leczenie – wersja polska oraz tłumaczenie na j. norweski/angielski (dokumenty wypisane na komputerze nie muszą być tłumaczone, ale brak tłumaczeń wiąże się z wydłużeniem czasu rozpatrywania sprawy)

- aktualne CV

- możliwość logowania BANKID / BUYPASS / NETS lub kody MinID

- kopia paszportu lub dowodu osobistego

*jeśli masz dziecko/dzieci na utrzymaniu dołącz unijny akt/akty urodzenia lub wersję polską z tłumaczeniem

KOSZT USŁUGI

Przygotowanie podania z rejestracją CV na profilu NAV 600 PLN (płatność przed realizacją usługi)

Polish Connection Sp. z o.o., ul. Antoniego Abrahama 37/3, 81-366 Gdynia, **Poland** +48 58 727 05 55, office@polishconnection.no

Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS: 0000293619 Kapitał zakładowy: 50.000 PLN, REGON: 220513232, NIP: 5862212441

Polish Connection

Warunki świadczenia usług:

a) Wypełniając i podpisując niniejszy formularz, Zleceniodawca zleca Polish Connection Sp. z o.o. z siedzibą w Gdyni usługę wskazaną w punkcie „l" Formularza za wynagrodzeniem określonym w punkcie „m".
b) Wynagrodzenie za świadczone usługi płatne będzie w terminie wskazanym w fakturze doręczonej osobiście lub na wskazany w Formularzu adres e-mail. UWAGA: Płatność za usługę jest z góry. Usługa trafia do realizacji po zaksięgowaniu wpłaty.
c) W przypadku rezygnacji z usługi po otrzymaniu informacji o sprawdzeniu dokumentów i przyjęciu ich do realizacji, Zleceniodawca będzie obciążony kosztami w wys. 75 PLN za przygotowanie dokumentacji do realizacji usługi.
d) Zleceniodawca potwierdza prawdziwość danych podanych w Formularzu.
e) Zleceniodawca potwierdza, że adres zamieszkania wskazany w tabeli poniżej jest adresem jego faktycznego zamieszkania, pod który kierowana będzie wszelka korespondencja związana ze zleceniem.
f) Faktury doręczane będą osobiście, bądź w formie elektronicznej, na podany przez Zleceniodawcę adres e-mail. Strony zgodnie oświadczają, że dniem doręczenia faktury w formie elektronicznej będzie dzień następujący po dniu wysłania faktury przez Polish Connection Sp. z o.o.
g) Faktury w formie papierowej wysyłane są jedynie na wyraźne zlecenie Zleceniodawcy oraz w przypadku niemożności wysłania e-maila pod wskazany adres np. z powodu błędnego adresu e-mail. W tym przypadku postanowienie punktu „j" stosuje się odpowiednio.
h) Strony zgodnie oświadczają, iż ewentualne skutki podania nieprawdziwego, błędnego adresu korespondencyjnego lub informacji o jego zmianie obciążają Zleceniodawcę.
i) Zleceniodawca upoważnia Polish Connection Sp. z o.o. do wystawienia faktury bez jego podpisu.
j) W przypadku opóźnienia Zleceniodawcy w płatności z tytułu faktury zobowiązany będzie do zapłaty odsetek w wysokości ustawowej.
k) Polish Connection Sp. z o.o. uprawnione będzie do pobrania kwoty w wysokości 30 PLN z tytułu sporządzenia i wysłania wezwania do zapłaty w przypadku pozostawania przez Zleceniodawcę w opóźnieniu z płatnością wynagrodzenia lub jego części.
l) **Zlecana usługa:** Przygotowanie podania o zasiłek przejściowy - rehabilitacyjny (AAP)
m) **Kosz usługi:** 600 PLN

Potwierdzam, że podane przeze mnie dane w poniższej tabeli są wiarygodne i zgodne z prawdą.

Potwierdzam zapoznanie się z powyższymi warunkami i wyrażam zgodę na świadczenie usług przez Polish Connection Sp. z o.o. na powyższych zasadach, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polish Connection Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Abrahama 37/3, 81-366 Gdynia w celu wykonania usługi.
Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polish Connection Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Abrahama 37/3, 81-366 Gdynia, w celach marketingowych, w szczególności wyrażam zgodę na kontakt w celach marketingowych oraz przedstawienia oferty współpracy za pośrednictwem adresu e-mail.

Zostałem(-am) poinformowany(-a) o możliwości wycofania zgody w dowolnym czasie za pomocą „FORMULARZA WYCOFANIA ZGODY OSOBY, KTÓREJ DANE DOTYCZĄ" wysłanego wiadomością e-mail na adres office@polishconnection.no lub pocztą na adres ul. Abrahama 37/3, 81-366 Gdynia

_____

Data, podpis Zleceniodawcy

UZUPEŁNIJ DOKŁADNIE FORMULARZ:

Imię i nazwisko	
Adres w Polsce	
Adres w Norwegii	
Numer Personalny norweski	
Numer PESEL	
Adres email oraz numer telefonu	
Podać adres jaki jest zarejestrowany w Norweskim Urzędzie Meldunkowym Folkeregister	
Dane konta na jakie chcesz pobierać zasiłek (nazwa banku, numer, *dane do przelewu zagranicznego jeśli to polskie konto)	
W jaki sposób logujesz się na swój profil w NAV – *MINID, BANKID, BUYPASS* ?	
Podaj datę pierwszego zwolnienia chorobowego	
Czy pracowałeś w Norwegii **bez przerwy** przez 5 lat przed pierwszym dniem zachorowania (warunek konieczny)	
Czy w ciągu 5 ostatnich lat przed pierwszym dniem zachorowania pracowałeś w innym kraju niż Norwegia? (Jeżeli tak, podaj w jakim kraju oraz okres pracy)	
Czy w momencie zachorowania miałeś norweskiego pracodawcę?	
Czy w momencie składania podania o zasiłek rehabilitacyjny masz obowiązującą umowę o pracę? Poinformuj nas jeśli otrzymałeś wypowiedzenie z pracy	

Czy posiadasz opcję logowania BANK ID (TOKEN), BUYPASS lub NETS? -jeśli tak podaj metodę oraz hasło	
Czy obecnie pracujesz? Jeżeli, tak podaj ile godzin w tygodniu?	
Czy Twoja choroba była spowodowana wypadkiem w pracy i posiadasz decyzję NAV o uznaniu tego wypadku? Jeżeli tak, podaj dokładną datę wypadku	
Czy miałeś jakąś poważna chorobę przed ukończeniem 26 roku życia?	
Czy oprócz zasiłku chorobowego otrzymujesz z NAV jakieś inne świadczenia?	
Czy otrzymujesz jakieś wynagrodzenie od swojego pracodawcy? (Jeśli tak, podaj kwoty)	
Czy otrzymujesz jakieś wsparcie finansowe z innych źródeł niż NAV/pracodawca? (Jeżeli tak, podaj źródło oraz kwoty)	
Czy masz dzieci? Jeżeli tak, podaj imię i nazwisko, *numer personalny, numer PESEL, datę urodzenia i adres zamieszkania	
Podaj dane lekarza/lekarzy prowadzących (imię, nazwisko, jego numer telefonu oraz adres (adres placówki w której prowadzi leczenie))	
Dodatkowe informacje które mogą mieć wpływ na rozpatrzenie podania	