|  |
| --- |
|  |
| **ILMOITUS PALKANLASKENNAN SIIRTÄMISESTÄ** |
|  |
| Ilmoitan, että siirrän henkilökohtaisen avustajan palkanlaskennan Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän palkanlaskennan hoidettavaksi. Tällöin kuntayhtymä toimii sijaispalkanmaksajana (eli palkanmaksun teknisenä toteuttajana puolestani). Työnantajuus henkilökohtaisen avustajan työsuhteessa säilyy minulla. |
|  |
| **LUPA TIETOJEN LUOVUTTAMISEEN TYÖTTÖMYYSVAKUUTUSRAHASTOON** |
|  |
| Annan luvan Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymälle ilmoittaa henkilötietoni (nimi, osoite, henkilötunnus) ja avustajan palkkasummat Työttömyysvakuutusrahastoon (TVR). Vastuu vakuutuksen hankkimisesta työnantajaksi alkaessani säilyy minulla. |
|  |
| **VALTAKIRJA ELÄKEVAKUUTUSTA VARTEN** |
|  |
| Valtuutan Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän luovuttamaan tarvittavat henkilötietoni (nimi, osoite, henkilötunnus) ja henkilökohtaisen avustajan palkkaustiedot eläkevakuutusyhtiölle työntekijän vakuuttamiseksi eläkelain (TyEL) mukaan. Kuntayhtymä ottaa työeläkevakuutuksen puolestani, täyttää ja allekirjoittaa kausi-ilmoitukset sekä päättää vakuutuksen työnantajuuden loppuessa. |
|  |
| Ilmoitus, lupa ja valtakirja ovat voimassa toistaiseksi kunnes toisin kirjallisesti ilmoitan. |
|  |
|       |
| Paikka ja päivämäärä |
|  |
|       |
| Työnantajan allekirjoitus ja nimenselvennys |
|  |
|       |
| Osoite |
|  |
| Työnantajan henkilötunnus: |       | **-** |       |

**PALAUTA LOMAKE OSOITTEESEEN:**

**Kainuun sote**

**Vammaispalvelut**

**Riitta Moilanen**

**PL 400**

**87070 Kainuu**