**Ansøgning om kulancemæssig godtgørelse**

**til personer, der har været**

**indirekte udsat for asbestfibre**

**Felter med \* skal udfyldes.**

**1. Oplysninger om ansøger** \*

|  |  |
| --- | --- |
| Ansøgers navn \* | CPR-nummer \* |
| Adresse \* | Telefonnummer, privat \* |
| Postnummer/by \* | Telefonnummer, mobil \* |
| E-mailadresse | |

**2. Ansøgers diagnose** \*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Har du fået diagnosticeret\*   * lungehindekræft (malignt pleura mesotheliom), * bughindekræft (malignt mesotheliom i bughinden)      * testikelhindekræft (malignt mesotheliom i testikelhinden) | Ja Nej   |  |  | | --- | --- | |  |  |   Ja Nej   |  |  | | --- | --- | |  |  |   Ja Nej   |  |  | | --- | --- | |  |  | |
| **Hvis du har sat kryds i ”ja”,** angiv da dato for diagnosen \*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Angiv hospital/sygehus/behandlingssted og afdeling, hvor diagnosen er stillet\*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Er diagnosen bekræftet ved **patologisk undersøgelse af vævsprøve**? \* | Ja Nej   |  |  | | --- | --- | |  |  |   Ved ikke   |  | | --- | |  | |
| **Hvis ja**, beder vi dig vedlægge kopi af svaret på undersøgelsen (dette vil gøre sagsbehandlingen hurtigere)    *Har du ikke en kopi af svar på undersøgelsen, giver du os ved din underskrift på ansøgningsskemaet samtykke til, at vi indhenter svaret fra Patobanken.* | |
| **Hvis nej**, hvordan er diagnosen stillet? \* | |

**3. Ansøgers relation til den, der har arbejdet med asbest** \*

**Sæt kun kryds i *ét* af felterne a, b, c, *eller* d.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| A) Er du ægtefælle/samlever til den person, der har arbejdet med asbest? | |  | | --- | |  | | |
| B) Har du tidligere været gift/været samlevende med den person, der har arbejdet med asbest? (Gælder også hvis din tidligere ægtefælle/samlever er afgået ved døden) | |  | | --- | |  | | |
| C) Er du forælder til den person, der har arbejdet med asbest? | |  | | --- | |  | | |
| D) Er du eller har du på anden måde været en del af den samme husstand, f.eks barn af eller søskende til den person, der har arbejdet med asbest? | |  | | --- | |  | |
| **Hvis du har sat kryds i felt D) skriv da:**  Skriv hvilken relation du har eller har haft til den person, der har arbejdet med asbest (f.eks. barn af eller søskende til den direkte eksponerede person, eller andet):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

**4. Oplysninger om den person, der har arbejdet med asbest** \*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Navn \* | | | CPR-nummer (evt. kun fødselsdato) \* | |
| Hvis personen er afgået ved døden, sæt venligst kryds her: | | |  | | --- | |  | | |
| Navn på den virksomhed/arbejdsgiver, hvor personen arbejdede med asbest: \* | | | |
| Angiv branche, f.eks. bygge- og anlægsbranchen, skibsbranchen m.v.: | | | |
| Angiv stillingsbetegnelse: | | | |
| I hvilken periode (årstal) var personen ansat i virksomheden: | | | |
| Beskriv så præcist som muligt, i hvilken periode (årstal) og på hvilken måde påvirkningen med asbestfibre skete, f.eks. ved at beskrive arbejdsopgaver med asbest, hvor personen blev udsat for asbestfibre m.v. Du kan eventuelt uddybe dette i et selvstændigt dokument, som vedlægges ansøgningen: \* | | | |
| Har der været flere arbejdsgivere inden for de seneste 40 år, hvor personen også var direkte udsat for asbestfibre?: \* | Ja Nej Ved ikke   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | | | |
| **Hvis ja**, angiv virksomhedernes/arbejdsgivernes navne, brancher, stillingsbetegnelser, ansættelsesperioder samt i hvilke perioder og på hvilke måder påvirkningen med asbestfibre skete, f.eks. ved at beskrive arbejdsopgaver med asbest, hvor personen blev udsat for asbestfibre m.v. Du kan eventuelt uddybe dette i et selvstændigt dokument, som vedlægges ansøgningen: \* | | | |

**5. Oplysninger om hvornår og hvordan ansøger er blevet indirekte udsat for asbestfibre** \*

|  |
| --- |
| Beskriv så præcist som muligt i hvilken periode (årstal) du var en del af samme husstand som den person, der arbejdede med asbest, og på hvilken måde du blev indirekte udsat for asbestfibre, f.eks. ved vask af asbestfyldt arbejdstøj, anden kontakt m.v. Du kan eventuelt uddybe dette i et selvstændigt dokument, som vedlægges ansøgningen: \* |

**6. Oplysninger om ansøgers eventuelle egen-disponering** \*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Har du indenfor de seneste 40 år selv været direkte erhvervsmæssigt udsat for asbestfibre?: \*  **Hvis nej,** skal du gå videre til **punkt 7**.  **Hvis ja**, skal du udfylde nedenstående felter: | Ja Nej   |  |  | | --- | --- | |  |  | |
| Navn på den virksomhed/arbejdsgiver, hvor du var direkte udsat for asbestfibre: \* | |
| Angiv branche, f.eks. bygge- og anlægsbranchen, skibsbranchen m.v.: \* | |
| Angiv stillingsbetegnelse: \* | |
| I hvilken periode (årstal) var du ansat i virksomheden?: \* | |
| Beskriv så præcist som muligt, i hvilken periode (årstal) og på hvilken måde den direkte påvirkning med asbestfibre skete, f.eks. beskrivelse af arbejdsopgaver med asbest, hvor du blev udsat for asbestfibre m.v. Du kan eventuelt uddybe dette i et selvstændigt dokument, som vedlægges ansøgningen : \* | |
| Hvis du har haft flere arbejdsgivere inden for de seneste 40 år, hvor du også har været direkte udsat for asbestfibre?: \* | Ja Nej   |  |  | | --- | --- | |  |  | |
| **Hvis ja**, angiv virksomhedernes/arbejdsgivernes navne, brancher, stillingsbetegnelser, ansættelsesperioder samt i hvilke perioder (årstal) og på hvilke måder du blev udsat for asbestfibre, f.eks. ved at beskrive arbejdsopgaver, hvor du blev udsat for asbestfibre m.v. Du kan eventuelt uddybe dette i et selvstændigt dokument, som vedlægges ansøgningen : \* | |
| Har du anmeldt forholdet Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (tidligere Arbejdsskadestyrelsen)? : \* | Ja Nej   |  |  | | --- | --- | |  |  | |
| **Hvis nej**, hvorfor ikke? : \* | |
| **Hvis ja**, angiv dato for afgørelsen fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (tidligere Arbejdsskadestyrelsen) (kopi af afgørelsen vedlægges ansøgningen) eller skriv, hvorfor der ikke er truffet afgørelse, f.eks. hvis sagen er under behandling i Arbejdsmarkedets Erhvervssikring? : \* | |
| Er du på noget tidspunkt blevet undersøgt med røntgenkontrastmidlet thorium dioxid (Thorotrast)? : \*  **Hvis ja,** angiv årstal: \*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ja Nej   |  |  | | --- | --- | |  |  | |

**7. Underskrift og samtykke (må kun udfyldes af ansøger) \***

Jeg er indforstået med, at Styrelsen for Patientsikkerhed har ret til at indhente de oplysninger fra læger, sygehuse, offentlige myndigheder, arbejdsgivere, dataregistre, herunder Patobanken m.v., der er nødvendige for at behandle sagen.

Jeg erklærer på tro og love, at alle ovenstående oplysninger er korrekte og erklærer ved min underskrift at være indforstået med, at sagen kan genoptages, og at godtgørelsen vil kunne kræves tilbagebetalt, hvis jeg har afgivet urigtige oplysninger.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 7 Dato **\*** | Navn (skriv venligst med blokbogstaver) **\***  Underskrift **\*** | CPR-nummer **\*** |

**8. Kontaktperson hvis ansøger dør, mens ansøgningen behandles** \*

|  |  |
| --- | --- |
| Kontaktpersons navn \* | CPR-nummer \* |
| Adresse \* | Telefonnummer \* |
| Postnummer/by \* | |
| E-mailadresse | |

**Punkt 9 og 10 udfyldes KUN, hvis du ønsker, at en anden skal være repræsentant for dig i din sag.**

Ansøger kan give fuldmagt til, at en anden skal repræsentere ansøger i forbindelse med sagens behandling (f.eks. en pårørende, advokat, fagforening eller interesseorganisation).

**9. Fuldmagt**

|  |
| --- |
| Undertegnede (ansøger) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ giver hermed  (ansøgers navn)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fuldmagt til at varetage mine interesser  (skriv navnet på den person eller firma, som skal ansøge på dine vegne) i forbindelse med sagens behandling.  Dato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Underskrift (ansøgers) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**10. Fuldmagtshavers kontaktinformation (gælder også advokater)**

|  |  |
| --- | --- |
| Fuldmagtshavers navn | CPR-nummer (CVR for bl.a. advokater) |
| Adresse | Telefonnummer |
| Postnummer/by | |
| E-mailadresse | |