



Ansökan om inträde till Arbetslöshetskassan Vision

Arbetslöshetskassan Vision vänder sig till dig som leder, utvecklar eller administrerar Sveriges välfärd. Du arbetar i en kommun, ett landsting, ett bolag eller en stiftelse inom det kommunala området. Du kan också arbeta i en privatägdd verksamhet kopplad till skola, vård och omsorg, eller i Svenska kyrkan, annat trossamfund eller ekumenisk organisation. Också du som inte arbetar just nu kan gå med, om du senast arbetade inom något av dessa områden.

Var vänlig texta. Blanketten behandlas maskinellt.

138105

Förnamn	Efternamn	Personnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adress	Postnr	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon bostad (även riktnr)	Telefon arbete (även riktnr)	Mobil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Du kan bli medlem hos oss om du arbetar, eller om du senast arbetade, inom vårt verksamhetsområde enligt ovan.

Kryssa för ett av alternativen.

Arbetar just nu

Arbetat tidigare; ange datum för senast arbetade timme

Arbetsgivarens namn

Arbetsgivarens telefon

Arbetsgivarens org. nr *

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Arbetsplats

Vad arbetar du som, vad är dina arbetsuppgifter?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

* Uppgiften hittar du i regel på löneavin

Mitt senaste arbete var utomlands

Ange land:

Jag vill ha hjälp att byta a-kassa

Jag ger Arbetslöshetskassan Vision fullmakt att begära utträde ur min nuvarande a-kassa. Jag ansöker om medlemskap i Arbetslöshetskassan Vision i direkt anslutning till att mitt tidigare medlemskap upphör.

Jag behöver ingen hjälp med byte av a-kassa

Du kan bara vara med i en a-kassa. Är du medlem i en annan a-kassa måste du ha begärt utträde ur den innan du kan bli medlem hos oss.



Skicka in din ansökan så fort som möjligt. Du kan gå med tidigast från och med den månad då ansökan nått oss. Det är viktigt att alla uppgifter på ansökan är korrekta. Att lämna felaktiga uppgifter kan leda till att du utesluts.

Läs mer om medlemskap och ansökan på www.akassanvision.se eller ring 0771-773 800.

Gå med i fackförbundet Vision också - www.vision.se/blimedlem eller ring Vision Direkt 0771-440 000

Ja, jag ansöker om att gå med i Arbetslöshetskassan Vision

- Jag försäkrar att lämnade uppgifter är korrekta.
- Jag intygar att jag arbetar/senast arbetade inom Arbetslöshetskassan Visions verksamhetsområde.
- Jag godkänner att Arbetslöshetskassan Vision tar ut en påminnelseavgift (för närvarande 50 kr) vid betalningspåminnelse.

Datum

Underskrift

Skicka ansökan till: **Arbetslöshetskassan Vision, 20317305, 110 07 Stockholm** Märk kuvertet med **FRISVAR** så bjuder vi på portot.