

Läs anvisningarna
"Anvisningar för ansökan om yrkesinriktad rehabilitering" (ETK/Kela 7009or).

Sökandens personbeteckning

Om Ni ansöker om arbetspensionsrehabilitering ska Ni fylla i punkterna 1–4 och 6–7.
Om Ni ansöker om yrkesinriktad rehabilitering som ordnas av FPA ska Ni fylla i punkterna 1–3 och 5–7.

1 Sökande

Efternamn			
Alla förnamn			
Näradress			
Postnummer	Postanstalt		
Stadigvarande boendekommun			
Telefonnummer	E-postadress		
Beslutet önskas <input type="checkbox"/> på finska <input type="checkbox"/> på svenska	Yrke		
Er nuvarande livssituation			
<input type="checkbox"/> Arbetar	<input type="checkbox"/> Arbetsförmögen (har sjukdagpenning)	<input type="checkbox"/> Har rehabiliteringsstöd	<input type="checkbox"/> Är sjukpensionerad
<input type="checkbox"/> Arbetslös	<input type="checkbox"/> Studerande	<input type="checkbox"/> Är hemma- mamma/-pappa	<input type="checkbox"/> Annat, vad? _____
Ange födelseåren för Era barn under 18 år som Ni försörjer _____			
Civilstånd			
<input type="checkbox"/> Ogift	<input type="checkbox"/> Gift/sambo eller lever i registrerat partnerskap	<input type="checkbox"/> Änka/änkling	<input type="checkbox"/> Frånskild eller lever i hemskillnad

2 Uppgifter om arbetsförmåga och sjukdom

Som bilaga till ansökan behövs läkarutlåtande B om Ert nuvarande hälsotillstånd			
Läkarutlåtandet			
<input type="checkbox"/> medföljer som bilaga till ansökan	<input type="checkbox"/> finns hos FPA	<input type="checkbox"/> finns hos arbetspensionsanstalten	<input type="checkbox"/> Läkarutlåtandet lämnas in senare. När? _____
När har Ert hälsotillstånd utretts under de två senaste åren? _____			
Var har Ert hälsotillstånd utretts?			
<input type="checkbox"/> Inom företagshälsovården	<input type="checkbox"/> På hälsovårdscentral	<input type="checkbox"/> På sjukhuspoliklinik	<input type="checkbox"/> På psykiatrisk poliklinik
<input type="checkbox"/> Någon annanstans, var? _____			
På grund av vilken sjukdom eller funktionsnedsättning söker Ni rehabilitering?			
Hur begränsar sjukdomen Er arbetsförmåga och från och med när?			
Hurdan medicinsk och yrkesinriktad rehabilitering har Ni fått tidigare och när?			

3 Tidigare utbildning och arbetserfarenhet

Utbildning

Vad har Ni för grundutbildning?

Grundskola Studentexamen Annan, vad (t.ex. folkskola, mellanskola)?

Vad har Ni för utbildning (examina, yrkesutbildning, linje, utexamineringsår)?

Vilken annan utbildning har Ni (exempelvis kurser och när de har avlagts)?

Senaste anställnings- eller tjänsteförhållande

Arbetsgivarens namn, adress och telefonnummer

Anställningen började, datum

Anställningen upphörde, datum

Företagarverksamhet

Företagarverksamheten inleddes, datum

Företagarverksamheten avslutades, datum

Yrke och arbetsuppgifter

Vilket är eller har Ert egentliga arbete eller yrke varit?

Om Ni är lantbruksföretagare ska Ni bifoga blanketten Lantbruksföretagares utredning.

Hur länge har Ni arbetat med detta arbete eller i detta yrke?

Om Ni är eller har varit företagare, ange i vilken bransch eller i vilket yrke.

Deltar Ni fortfarande i företagarverksamheten eller i den självständiga yrkesutövningen?

Ja Nej

Hurudan arbetstid har Ni haft?

Heltidsarbete Deltidsarbete timmar per dag Skiftarbete

Beskriv Ert nuvarande arbete och Era arbetsförhållanden: arbetsuppgifter, arbetsställningar, lyft, bärande, arbetstakt, psykisk påfrestning m.m.

Vilka förändringar har skett i arbetsuppgifterna eller i företagsverksamheten? Exempelvis omorganisering av arbetet, inskränkning av företagsverksamheten, utthyrning av företaget, försäljning etc.

Vilka andra arbeten har Ni haft? Arbetsgivarens namn och anställningsförhållandets längd i år/månader. Ange också arbete utomlands.

4 Arbetspensionsrehabilitering (Fyll i om Ni ansöker om yrkesinriktad rehabilitering hos en arbetspensionsanstalt)

Jag ansöker om arbetspensionsrehabilitering/förhandsbeslut om rätt till arbetspensionsrehabilitering

Rehabiliteringsplan

Det har inte gjorts upp någon plan

Arbetsprövning/arbetsträning

Kontaktinformation för arbetsprövnings-/arbetsträningsplatsen (arbetsgivare, kontaktpersonens namn, adress, telefonnummer, e-post)

Tidpunkten för arbetsprövningen/arbetsträningen

Inledningsdatum

Avslutningsdatum

Betalar arbetsgivaren lön under arbetsprövningen/arbetsträningen?

Ja Nej

Vad är syftet med arbetsprövningen/arbetsträningen?

Utbildning

Planerad utbildning, läroanstalt, utbildningens omfattning i studiepoäng

När genomförs utbildningsprogrammet?

Inledningsdatum

Avslutningsdatum

Näringsstöd

Stöd för att inleda eller fortsätta med näringsverksamhet samt maskiner och anläggningar för att underlätta lantbruksföretagares arbete

Enheter som deltagit i planeringen av den yrkesinriktade rehabiliteringen

Arbetsgivaren

Företagshälsovården

Arbets- och näringsbyrån

FPA

Arbetspensions-
anstalten

Annan enhet, vilken?

Kontaktinformation för den enhet som deltagit i planeringen

Ytterligare uppgifter

Förmåner som inverkar på rehabiliteringspenningen

Jag får eller söker ersättning på grund av olycksfall, yrkessjukdom eller trafikskada eller annan ersättning eller pension.

Vilket slags ersättning, från vilket bolag och från och med när?

Under innevarande eller föregående år har jag förutom de ovan nämnda fått andra ersättningar eller förmåner som inverkar på rehabiliteringspenningen. (En förteckning över förmånerna finns i anvisningarna för ansökan om yrkesinriktad rehabilitering ETK/Kela 7009or.)

Vilka förmåner och varifrån?

Den sökandes betalningsadress

IBAN-kontonummer

BIC-kod

Grundprocent vid innehållning av skatt på lön

5 Yrkesinriktad FPA-rehabilitering (Fyll i om Ni ansöker om yrkesinriktad rehabilitering hos FPA)

Jag ansöker om yrkesinriktad rehabilitering som ordnas av FPA

Vad är syftet med den yrkesinriktade rehabiliteringen?

Rehabiliteringsplan

Utredning av rehabiliteringsbehovet: Var görs utredningen? _____

Rehabiliteringsundersökning: Var utförs undersökningen? _____

Arbetsprövning: Var genomförs arbetsprövningen? _____

Arbetsträning: Var genomförs arbetsträningen? _____

Utbildningsprövning: Var genomförs utbildningsprövningen? _____

Utbildning: Planerad utbildning, läroanstalt, utbildningens omfattning i studiepoäng.
Bifoga ett meddelande om att Ni antagits till utbildningen eller en annan utredning om att Ni har blivit antagen.

Näringsstöd

Stöd för att inleda eller fortsätta med näringsverksamhet. Bifoga bilageblankett KU 105.

Enheter som deltagit i planeringen av den yrkesinriktade rehabiliteringen

Arbetsgivaren Företagshälsovården Arbets- och näringsbyrån FPA Arbetspensionsanstalten

Annan enhet, vilken?

Kontaktinformation för den enhet som deltagit i planeringen

Ytterligare uppgifter

6 Samtycke till utlämnande av uppgifter

För att rehabiliteringsärendet ska kunna skötas smidigt behöver de enheter som deltar i planeringen och genomförandet av rehabiliteringen ofta inhämta och lämna ut uppgifter sinsemellan.

FPA och arbetspensionsanstalten har enligt lag rätt att inhämta de uppgifter som behövs för handläggningen av Ert ärende av varandra, av arbetsgivaren, läkare och andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården, dem som genomför rehabiliteringen, socialserviceproducenter och andra enheter som berörs av lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet.

Rätten att lämna ut uppgifter som gäller Er är mera begränsad. Uppgifter som man inte enligt lagstiftningen har rätt att lämna ut lämnas ut endast med Ert samtycke.

Förutom vad som bestäms i lag om arbetspensionsanstaltens och FPA:s möjligheter att stå i kontakt med följande enheter samtycker jag till att arbetspensionsanstalten och FPA får lämna ut uppgifter som gäller mig för handläggningen av mitt rehabiliteringsärende.

Samtycket gäller följande enheter:

- Företagshälsovården på min arbetsplats
- Läkare eller annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, sjukhus eller hälsovårdscentral som deltar i behandlingen eller vården av mig
- Rehabiliteringsinrättning, om den deltar i utredningen av mina möjligheter till rehabilitering
- Min arbetsgivare, till vilken dock inte uppgifter om mitt hälsotillstånd får lämnas ut
- Den arbetsgivare som erbjuder mig en arbetsprövnings- eller arbetsträningsplats. Till denne får dock inte uppgifter om mitt hälsotillstånd lämnas ut
- Arbets- och näringsbyrå, om den deltar i utredningen av mina möjligheter till rehabilitering
- Läroanstalt eller läroavtalsbyrå, om den medverkar i rehabiliteringen

Jag samtycker inte till att sådana uppgifter lämnas ut som man inte enligt lagstiftningen har rätt att lämna ut.

Till vilken av ovan nämnda enheter förbjuder Ni att uppgifter lämnas ut?

Till ansökan ska fogas

- LäkaruTLåtande B om Ert nuvarande hälsotillstånd
- Gärna t.ex. en av arbetsgivaren gjord beskrivning av Ert arbete och möjligheterna till arbetsarrangemang
- Om Ni är lantbruksföretagare: blanketten Lantbruksföretagares utredning eller en rapport om gårdsbesök (om ansökan gäller arbetspensionsrehabilitering)

7 Underskrift

Jag ger mitt samtycke till att banken returnerar de rehabiliteringsförmånsbelopp som betalats in på mitt konto utan grund.

Datum

Sökandens underskrift och namnförtydligande

De uppgifter som erhållits vid handläggningen av ansökan lagras i FPA:s, arbetspensionsanstaltens och Pensionsskyddscentralens register. Ytterligare information om registreringen av uppgifter får Ni i anvisningarna för pensionsansökan och hos de ovan nämnda inrättningarna.