Arbetspensionsanstalterna

Ansökan om arbetspensionsrehabilitering

Läs anvisningarna Anvisningar för ansökan om arbetspensionsrehabilitering (ETK 2136or). I anvisningen finns information om hur du ansöker om arbetspensionsrehabilitering och hur dina personuppgifter behandlas när ditt rehabiliteringsärende avgörs.

Lämna in ansökan på din egen arbetspensionsanstalt.

Sänd ett läkarutlåtande för yrkesinriktad rehabilitering som bilaga till ansökan. Det är också bra att bifoga t.ex. arbetsgivarens beskrivning av ditt arbete och möjligheterna till nyarrangemang på arbetsplatsen.

1. Sökande

Personbeteckning	Efternamn
Alla förnamn	
Utdelningsadress	
Postnummer	Postanstalt
Telefonnummer	E-postadress
Yrke	

Beslutet önskas

☐ på finska ☐ på svenska

Din nuvarande livssituation

☐ Arbetar ☐ Arbetsoförmögen (sjukdagpenning) ☐ Får rehabiliteringsstöd ☐ Får sjukpension

☐ Arbetslös ☐ Studerande ☐ Annat, vad?

Uppge födelseåren barn under 18 år som du försörjer

2. Kontouppgifter

IBAN-kontonummer

BIC-kod

3. Uppgifter om arbetsförmåga och sjukdom

När har ditt hälsotillstånd utretts under de två senaste åren?

Var har ditt hälsotillstånd utretts?

☐ Inom företagshälsovården ☐ På hälsovårdscentral ☐ På sjukhuspoliklinik ☐ På psykiatrisk poliklinik

☐ Någon annanstans, var?

På grund av vilken sjukdom eller funktionsnedsättning söker du rehabilitering?

Hur begränsar sjukdomen din arbetsförmåga och från och med när?

Hurdan medicinsk och yrkesinriktad rehabilitering har du fått tidigare och när?

4. Tidigare utbildning och arbetserfarenhet

Utbildning

Vad har du för grundutbildning?

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

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

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

Senaste anställnings- eller tjänsteförhållande

Arbetsgivarens namn, adress och telefonnummer

Anställningen började _____ . _____ . _____

Anställningen upphörde _____ . _____ . _____

Företagarverksamhet

Den senaste företagsverksamheten började _____ . _____ . _____

Den senaste företagsverksamheten slutade _____ . _____ . _____

Yrke och arbetsuppgifter

Vilket är eller har ditt egentliga arbete eller yrke varit?
Om du är lantbruksföretagare ska du bifoga blanketten Lantbruksföretagares utredning. Se punkt 7 Bilagor.

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

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

Deltar du fortfarande i företagarverksamheten eller yrkesutövningen?

☐ Ja ☐ Nej

Hurdan arbetstid har du haft?

☐ Heltidsarbete ☐ Deltidsarbete timmar per dag ☐ Skiftarbete

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

Vilka förändringar har skett i arbetsuppgifterna eller i företagsverksamheten?
(Exempelvis omorganisering av arbetet, inskränkring av företagsverksamheten, uthyming av företaget, försäljning etc.)

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

5. Plan för arbetspensionsrehabilitering

☐ Det har inte gjorts upp någon plan.

Du får ett förhandsbeslut om rätten till arbetspensionsrehabilitering, om planen saknas eller behöver preciseras.

☐ **Arbetsprövning/arbetsträning**

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

Arbetsuppgifter/uppgiftsbeteckning under arbetsprövningen

Arbetsprövningen/arbetsträningen börjar _____ . _____ . _____

Arbetsprövningen/arbetsträningen slutar _____ . _____ . _____

Betalar arbetsgivaren lön under arbetsprövningen/arbetsträningen?

☐ Ja ☐ Nej

Vad är målet för arbetsprövningen/arbetsträningen?

☐ **Utbildning**

Planerad utbildning, läroinrättning, utbildningens omfattning som studiepoäng

Utbildningen börjar _____ . _____ . _____

Utbildningen slutar _____ . _____ . _____

☐ **Näringsstöd**

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

☐ **Annan plan, vilken?**

Enheter som deltagit i planeringen av den yrkesinriktade rehabiliteringen

☐ Arbetsgivaren ☐ Företagshälsovården ☐ Arbetskraftsmyndigheten ☐ FPA ☐ Arbetspensionsanstalten

☐ Annan enhet, vilken?

Kontaktinformation för den enhet som deltagit i planeringen

6. Uppgifter om barnavård, förmåner och pensioner

☐ Jag har skött mitt barn som är yngre än 3 år och därför varit borta från förvärvsarbete under de sista 36 kalendermånaderna före ansökan eller innan jag blev arbetsoförmögen. Uppge tiden för barnavårdsperioden

_____ . _____ . _____ – _____ . _____ . _____

☐ Jag har skött mitt adoptivbarn som är äldre än 3 år och därför varit borta från förvärvsarbete under de sista 36 kalendermånaderna före ansökan eller innan jag blev arbetsoförmögen. Uppge tiden för barnavårdsperioden

_____ . _____ . _____ – _____ . _____ . _____

☐ Jag får eller söker ersättning på grund av olycksfall, yrkessjukdom eller trafikskada eller annan ersättning eller pension (Ange även om ansökan har avslagits.)

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 anvisningen ETK 2136or.)

Vilka förmåner och varifrån?

7. Bilagor

Kontrollera att ditt namn och din personbeteckning finns på bilagan

☐ Läkarutlåtande för yrkesinriktad rehabilitering

☐ Arbetsgivarens beskrivning av sökandens arbete och möjligheterna till nyarrangemang på arbetsplatsen (ETK 7114)

☐ Bilaga TM (Lantbruksföretagares utredning, Mela/Kela 001)

☐ Övriga bilagor, vilka?

8. Samtycke

Samtycke till att uppgifter om mig lämnas ut till de enheter som deltar i planeringen och genomförandet av rehabiliteringen

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.

Arbetspensionsanstalten har enligt lag rätt att inhämta de uppgifter som behövs för handläggningen av ditt ärende av FPA, arbetsgivaren, läkare och andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården och socialserviceproducenter.

Om uppgifter som hänför sig till ditt rehabiliteringsärende inte får lämnas ut med stöd av lag, kan de lämnas ut endast med ditt samtycke. Det är frivilligt att ge samtycke till det.

Du kan återta ditt samtycke genom att meddela det skriftligt till den arbetspensionsanstalt som behandlar ditt ärende.

☐ Jag samtycker till att arbetspensionsanstalten får lämna ut uppgifter om förhandsbeslut om rehabilitering.

Samtycket gäller följande enheter, om de deltar i planeringen eller genomförandet av min rehabilitering:

- Företagshälsovården på min arbetsplats
- Läkare, annan yrkesutbildad person inom hälsovården, sjukhus eller hälsovårdscentral som deltar i min hälso- eller sjukvård
- Rehabiliteringsanstalt eller tjänsteproducent
- Min egen arbetsgivare, som dock inte får ta del av uppgifter om mitt hälsotillstånd
- Arbetsgivare som erbjuder en arbetsprövnings- eller arbetsträningsplats men som dock inte får ta del av uppgifter om mitt hälsotillstånd
- FPA
- Arbetskraftsmyndigheten
- Läroanstalt eller läroavtalsbyrå

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

9. Underskrift

Jag har läst anvisningarna för ansökan om arbetspensionsrehabilitering (ETK2136or). Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga och meddelar om de ändras. **Om undertecknaren är någon annan än sökanden, ange orsaken till det och undertecknarens telefonnummer.**

Datum

Sökandens underskrift och namnförtydligande

Telefonnummer