

Lämna in ansökan hos Er arbetspensionsanstalt

Personbeteckning

**1 Sökande**

Efternamn	
Förnamn	
Näradress	
Postnummer	Postanstalt
Stadigvarande hemkommun	
Telefon	E-postadress
Jag vill ha beslutet <input type="checkbox"/> på finska <input type="checkbox"/> på svenska	Yrke

**2 Betalningsadress för rehabiliteringsförmåner**

IBAN-kontonummer
Bankens BIC-kod
Grundprocent vid innehållning av skatt på lön

**3 Plan för yrkesinriktad rehabilitering**

<input type="checkbox"/> Jag söker arbetspensionsrehabilitering/förhandsbesked om rätt till arbetspensionsrehabilitering
<b>Rehabiliteringsplan</b>
<input type="checkbox"/> Det har inte gjorts upp någon rehabiliteringsplan.
<input type="checkbox"/> <b>Arbetsprövning / arbetsträning</b> Arbetsprövnings-/arbetsträningsplatsens kontaktuppgifter (arbetsgivare, kontaktperson, adress, telefonnummer, e-post)
Tiden för arbetsprövningen/arbetsträningen Börjar (datum)   Slutar (datum)
Betalar arbetsgivaren lön under arbetsprövningen/arbetsträningen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Arbetsprövningens/arbetsträningens syfte
<input type="checkbox"/> <b>Utbildning</b> Planerad utbildning, läroanstalt, utbildningens omfattning i studiepoäng
Tiden för utbildningsprogrammet Börjar (datum)   Slutar (datum)
<input type="checkbox"/> <b>Näringsstöd</b> Stöd för att inleda eller fortsätta näringsverksamhet samt maskiner och apparater som underlättar arbetet som lantbruksföretagare

#### De som deltagit i planeringen av den yrkesinriktade rehabiliteringen

Arbetsgivare       Företagshälsovård       Arbets- och näringsbyrå       FPA       Arbetspensionsanstalt

Annan, vilken?

Kontaktuppgifter

Tilläggsuppgifter

#### 4 Utbildningsbakgrund

Grundutbildning

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

Fortsatt utbildning (examina, yrkesutbildning, linje, avgångsår)

Eventuell övrig utbildning (t.ex. kurser, tidpunkten för dem)?

#### 5 Det senaste anställnings- eller tjänsteförhållandet eller den senaste företagsverksamheten

Arbetsgivarens eller företagets namn, adress och telefonnummer

Era arbetsuppgifter

Arbetet började, datum

Arbetet slutade, datum

#### 6 Samtycke

**För att ett rehabiliteringsärende ska kunna behandlas smidigt behöver de som deltar i att planera och genomföra rehabiliteringen ofta utbyta information sinsemellan.**

Pensionsanstalten har enligt lag rätt att få uppgifter som behövs för att behandla rehabiliteringsärendet, bl.a. av FPA, arbetsgivaren, läkare, annan hälsovårdspersonal, hälsovårdsenheter, rehabiliteringsinrättningar, producenter av socialtjänster och andra som omfattas av lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet, specialsjukvården, Folkpensionsanstalten och av skattemyndigheterna.

Rätten att utlämna uppgifter är mer begränsad. Sådana uppgifter, som lagen inte ger rätt att utlämna, utlämnas endast med Ert samtycke.

Utöver det som bestäms i lag om arbetspensionsanstaltens möjligheter att utbyta uppgifter med följande instanser samtycker jag till att pensionsanstalten utlämnar sådana uppgifter om mig som hänför sig till skötseln av mitt rehabiliteringsärende.

- Företagshälsovården på min arbetsplats
- Läkare som deltar i min hälso- eller sjukvård, yrkesperson inom den övriga hälsovården, sjukhus eller hälsocentral
- Rehabiliteringsinrättningen, om den deltar i utredningen av mina möjligheter till rehabilitering
- Min egen arbetsgivare. Uppgifterna om mitt hälsotillstånd får dock inte ges till min arbetsgivare
- Arbetsgivare som erbjuder en arbetsprövnings- eller arbetsträningsplats för mig, om arbetsprövning eller arbetsträning ordnas för mig. Uppgifter om mitt hälsotillstånd får inte lämnas ut.
- Arbets- och näringsbyrån, om den deltar i utredningen av mina möjligheter till rehabilitering
- Läroanstalten eller läroavtalsbyrån om den medverkar i rehabiliteringen

Jag tillåter inte att sådana uppgifter utlämnas som lagstiftningen inte ger rätt att utlämna. Uppgifter får inte utlämnas till följande av ovan nämnda instanser:

#### 7 Underskrift

Jag samtycker till att banken återbördar rehabiliteringsförmåner som utan grund betalats in på mitt konto.

Ort och datum

Sökandens underskrift och namnförtydligande

**Uppgifter som erhållits i samband med behandlingen av ansökan sparas i arbetspensionsanstaltens och Pensionsskyddscentralens register. Närmare upplysningar om registreringen av uppgifterna får Ni i anvisningarna om ansökan och ovan nämnda inrättningar.**