

Läs
"Anvisningarna för ansökan om pension" (ETK/Kela 7007or)

Sökandens personbeteckning

1 Sökande

Efternamn		
Alla förnamn		
Näradress		
Postnummer	Postanstalt	
Telefonnummer	E-postadress	
Pensionsbeslutet önskas <input type="checkbox"/> på finska <input type="checkbox"/> på svenska		Grundprocent vid innehållning av skatt på lön
Bosättningsland		
Bosättning någon annanstans än i Finland <input type="checkbox"/> Jag har bott någon annanstans än i Finland. Fyll i Bilaga U (ETK/Kela 7110r).		
Arbete någon annanstans än i Finland <input type="checkbox"/> Jag har arbetat någon annanstans än i Finland. Fyll i Bilaga U (ETK/Kela 7110r).		
Intressebevakning <input type="checkbox"/> Jag har en intressebevakare. Foga en kopia av beslutet till ansökan. <input type="checkbox"/> Ansökan om intressebevakare har lämnats in. <input type="checkbox"/> Jag har gett en intressebevakningsfullmakt. Foga en kopia av fullmakten till ansökan.		

2 Pensionsansökan gäller

Arbetspension <input type="checkbox"/> Rehabiliteringsstöd/invalidpension <input type="checkbox"/> Delinvalidpension/förhandsbeslut om delinvalidpension
Folkpension <input type="checkbox"/> Rehabiliteringsstöd/sjukpension
Sjukpension från ett EU-/EES-land/ett land med vilket Finland har en överenskommelse om social trygghet (avtalsland) Er ansökan sänds till de EU-/EES-länder som Ni uppgett på Bilaga U (ETK/Kela 7110r) och där Ni varit pensionsförsäkrad. Också ansökan om pension från ett avtalsland inleds med den här ansökan och i Ert fall från de avtalsländer som Ni uppgett i Bilaga U. Avtalslandet i fråga sänder Er separat en ansökningsblankett att fylla i. Om Ni inte vill söka pension från ett EU-/EES-land/avtalsland, ange här från vilka av de länder som Ni uppgett på Bilaga U Ni inte söker pension.

Barnförhöjning från FPA: FPA kan betala barnförhöjning för barn under 16 år till folkpensions- och arbetspensionstagare. Barnförhöjning ska sökas från FPA med blanketten Ansökan om barnförhöjning, EV 264r.

3 Sökandens betalningsadress

IBAN-kontonummer
BIC-kod

4 Samtycke till utlämnande av uppgifter

De uppgifter som behövs för handläggningen av Er ansökan har FPA och arbetspensionsanstalten rätt att inhämta från arbetsgivaren, FPA, läkare, undersöknings- eller vårdinrättningar eller någon annan institution som berörs av lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet.

Jag samtycker till att FPA och arbetspensionsanstalten för att kunna avgöra mitt sjuk-/invalidpensionsärende får lämna ut uppgifter ur handlingar i anslutning till behandlingen av mitt ärende till företagshälsovården, läkare och vård- eller undersökningsinrättningar.

5 Arbets- och funktionsförmåga

För bedömningen av Er arbetsförmåga behöver vi läkarutlåtande B om Ert nuvarande hälsotillstånd.

Läkarutlåtandet

fogas till ansökan. finns hos FPA. finns på annat håll. Var?

Läkarutlåtandet lämnas in senare. När?

Vilken sjukdom, funktionsnedsättning eller skada har orsakat Er arbetsförmåga eller försämrat Er arbetsförmåga?

När har sjukdomen börjat?

När har arbetsförmågan börjat?

Beskriv med egna ord hur och sedan när sjukdomen har försvårat Ert arbete.

Vilket slags arbete och hur mycket arbete kan Ni alltjämt utföra?

Vilka andra dagliga rutiner än arbete försvåras av symtomen?

Vem sköter de arbeten som Ni inte längre kan utföra om Ni har arbetat hemma? Vem ingår i Er familj (släktskapsförhållanden och ålder)?

Om Ni använder hjälpmedel, ange vilka.

6 Behandling av sjukdomen och medicinsk rehabilitering

Var är företagshälsovården för Er ordnad?

Sjukhus, rehabiliterings- och undersökningsinrättningar, mentalvårdsbyråer eller psykiatriska polikliniker där Ni har fått vård under de två senaste åren (vårdinrättningens namn och mottagningsställe).

Behandlingstider

Nästa besök

Läkare som behandlat Er på annat håll (namn och mottagningsställe)

När besökte Ni mottagningen senast?

Nästa besök

Hurdana undersökningar har Ni genomgått för bedömningen av Ert hälsotillstånd under de två senaste åren (t.ex. röntgenundersökningar, arbetsprov, bedömningar av arbetsförmågan)?

Vilken behandling och rehabilitering har Ni fått under de två senaste åren (t.ex. fysioterapi, operationer)?

7 Återgång till arbetslivet och yrkesinriktad rehabilitering

Hur har Era möjligheter att återgå i arbete eller byta arbetsuppgifter utretts (t.ex. genom yrkesinriktad eller medicinsk rehabilitering)?

Var har utredningarna gjorts (t.ex. företagshälsovården, FPA, arbetspensionsanstalten, trafik- eller olycksfallsförsäkringsbolag)?

Hur bedömer Ni Er möjlighet att återgå i arbete efter sjukskrivningen?

På vilket sätt anser Ni att en återgång till arbetslivet skulle kunna stödjas med hjälp av omorganisering av arbetet eller utbildning?

8 Utbildning, anställningar och företagarkerksamhet

Utbildning

Vilken grundutbildning och annan utbildning har Ni (t.ex. examina, yrkesutbildning och -kurser; tidpunkten för avläggande av examen och slutförande av utbildningen och kurserna)?

Yrke och arbetsuppgifter

Vilket är Ert nuvarande yrke eller arbete?

Hur länge har Ni arbetat i detta yrke?

Om Ni är verksam eller har varit verksam som företagare eller självständig yrkesutövare, ange i vilken bransch eller i vilket yrke.

Företagets namn, bransch och antal anställda

Hurdan arbetstid har Ni haft?

Ordinarie dagarbete Heltidsarbete Skiftarbete Deltidsarbete timmar per dag

Hurdan lön har Ni haft?

Tidlön Prestationslön Stipendium Vårdarvode för familje- eller närstående vårdare €/månad

Beskriv arbetet och arbetsförhållandena med egna ord (t.ex. arbetsuppgifter, -ställningar, lyft, bärande, arbetstakt, psykisk press).

Anställningar under innevarande och föregående år (arbetsgivarens namn, start- och slutdatum, adress och telefonnummer).

I vilka andra yrken eller med vilka andra uppgifter har Ni tidigare arbetat och hur länge?

Förändringar i arbetsuppgifterna eller företagsverksamheten

Jag har slutat arbeta.

Vilken var den sista arbetsdagen innan sjukskrivningen började? _____._____.

Till vilket datum har lön betalats? _____._____.

Jag har upphört med företagsverksamheten.

När har företagsverksamheten upphört? _____._____.

Jag fortsätter att arbeta eller utöva företagsverksamhet.

Vad för slags arbete fortsätter Ni med? _____

Vilken är Er arbetstid per vecka för närvarande? _____ timmar/vecka

Vilken är Er inkomst av arbetet för närvarande? _____ €/mån. inklusive naturaförmåner

Vilka förändringar har skett i Era arbetsuppgifter eller i Er företagsverksamhet? Exempelvis omorganisering av arbetet, inskränkning av företagsverksamheten, uthyrning av företaget, försäljning etc. (Om Ni är lantbruksföretagare, bifoga Bilaga TM till ansökan.)

9 Uppgifter som behövs vid beräkningen av arbetspension och folkpension

Pensioner och ersättningar (Ifylls alltid.)

Har Ni eller söker Ni ersättning på grund av olycksfall, yrkessjukdom eller trafikskada? Ange också arbetspensioner, familjepensioner eller andra ersättningar om Ni söker folkpension.

Ja, jag har eller söker pension/ersättning. Vilket slags ersättning, från vilket bolag och från och med när?

Har Ni eller söker Ni pension eller ersättning från något annat land än Finland?
(Bifoga kopia av beslutet, betalningskvitto eller annan utredning.)

Ja, jag har eller söker pension/ersättning. Vilken ersättning, från vilket land och vilken inrättning och från och med när?

Andra pensioner och ersättningar (Ifylls om Ni söker arbetspension.)

Vilka ersättningar har Ni fått eller sökt utöver de ersättningar som Ni har angett ovan under innevarande och föregående år? (T.ex. sjuk-, rehabiliterings- eller arbetslöshetsdagpenning. Se förteckningen över förmåner i anvisningarna om pensionsansökan ETK/Kela 7007or.)

Barnavård (Ifylls om Ni söker arbetspension.)

Jag har haft moderskaps-, faderskaps- eller föräldraledighet utan lön under de 10 senaste åren.

När?

Inkomstnivå (Ifylls om Ni söker arbetspension.)

Om Er förvärsinkomst sjunkit avsevärt på grund av sjukdom, permittering eller av någon annan exceptionell orsak, ange i vilken anställning, när och varför. Ange uppgifterna endast för de anställningar enligt lagen om pension för arbetstagare (APL) som har inletts före år 2005 samt för de offentliga anställningar där inkomstnivån har minskat före år 2005.

Samboförhållande (Ifylls om Ni söker folkpension.)

Jag är sammanboende. Från och med när?

Sambons efternamn och alla förnamn

Sambons personbeteckning

Särboende (Ifylls om Ni söker folkpension.)

Jag bor åtskild från min make/maka/sambo/partner. Från och med när?

Orsaken till att Ni bor åtskilda

Söndring Institutionsvård (minst 3 mån.) Annan orsak. Vad?

10 Underskrift

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

Datum

Sökandens underskrift och namnförtydligande

Om ansökan undertecknas av någon annan än den sökande ska orsaken till detta anges.

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