



Till arbetspensionsanstalterna

NY K-BLANKETT

De nya stadgandena om rehabilitering träder i kraft 1.10.1991.

För ansökan om rehabilitering enligt arbetspensionslagarna har uppgjorts en ny ansökningsblankett (K).

Ansökningsblanketten har planerats av en rehabiliteringsarbetsgrupp med representanter för Pensions- skyddscentralen och pensionsanstalterna.

Vi bifogar den nya K-blanketten till kännedom för pensionsanstalterna. Den nya blanketten finns på finska och svenska och kan beställas från Pensions- skyddscentralens postningsenhet, telefon 90 - 151 2417.

Tillämpningscirkuläret angående de nya rehabiliteringsstadgandena sänds till pensionsanstalterna tillsammans med Arbetspensionsanstalternas Förbunds rekommendation i en separat rehabiliteringsmapp ungefär i medlet av september. Före det kan cirku- läret vid behov beställas per telefon 90-151 2394 (Seppälä).

PENSIONSSKYDDSCENTRALEN

Pentti Koivistoinen

Tapio Karsikas

BILAGA

K-blankett, PSC 2126



REHABILITERINGSANSÖKAN

K

Mottagen, plats och datum

| | | | |
|--|---|---|---|
| SÖKANDE BEHÅLLNINGENS ADRESS FÖR REHABILITE- RINGS- PENNINGEN ARBETSUPP- GIFTER OCH ARBETS- MILJÖ | Efternamn | Beslutet önskas på <input type="checkbox"/> svenska <input type="checkbox"/> engelska | |
| | Förnamn | Personbeteckning | |
| | Utbildningsadress | Postnummer och postanstalt | |
| | Telefonarbete <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | Försäkringsinnehållningsprocent | |
| | Civilstånd <input type="checkbox"/> gift / gift med barn <input type="checkbox"/> ogift | Inskrivd / Inskrivd på lista / Övrigt | Är Ni vårdnadshavare för barn? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej |
| | På vilket sätt arbetar du? (se bilaga) | Fäststämpling / kvantitet avser | |
| | Senaste arbetsgivare | Hur länge har du arbetat i detta yrke? | |
| | Nuvärande yrke | ar | |
| | Karaktärisering av arbetet <input type="checkbox"/> lätt <input type="checkbox"/> tungt <input type="checkbox"/> fysiskt <input type="checkbox"/> mentalt | <input type="checkbox"/> chefsarbete <input type="checkbox"/> ledningsarbete <input type="checkbox"/> rådgivande <input type="checkbox"/> tekniskt <input type="checkbox"/> skaffande <input type="checkbox"/> utomhusarbete <input type="checkbox"/> utomhusarbete | |
| | Beskrivning av arbetet. Vilka uppgifter ingår i ditt arbete? Är arbetet fysiskt eller psykiskt påfrestande (arbetsställningar, arbetstakt, m.m.)? På vilket sätt? | | |
| Beskrivning av arbetsutrymmen och arbetsmiljö (buller, damm, drag, hetta, risk för olycksfall m.m.). | | | |

| SJKDAG-PENNING | Har Ni fått eller sökt dagpenning enligt sjukförsäkringslagen under de tre senaste åren? <input type="checkbox"/> har inte fått / sökt <input type="checkbox"/> har sökt <input type="checkbox"/> har fått | Från Folkpensionsanstaltens byrå eller arbetsplatskassa, vilken? | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--------------|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ANNAN REHABILITERING | Har Ni fått eller ansökt om rehabiliteringstjänster från någon annan instans? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Varifrån? <input type="checkbox"/> Folkpensionsanstalten <input type="checkbox"/> olycksfalls- och trafikförsäkringsbolag <input type="checkbox"/> arbetspensionsanstalt <input type="checkbox"/> undervisningsförvaltning <input type="checkbox"/> arbetsförvaltning <input type="checkbox"/> annan, vilken? Vilken typ av rehabiliteringstjänster? När? | | | | | | | | | | | | | |
| REHABILITERINGS-UNDER-SÖKNING | Har Ni varit på rehabiliteringsundersökning? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej | Var och när? | | | | | | | | | | | | |
| REHABILITERINGS-PLAN | Vilka är Era rehabiliteringsplaner? | | | | | | | | | | | | | |
| ÖVRIGA ARBETS- OCH TJÄNSTE-FÖRHÅLLAN-DEN | Jag har varit anställd <input type="checkbox"/> hos staten <input type="checkbox"/> hos kommun <input type="checkbox"/> hos kyrkan <input type="checkbox"/> annan <table border="1" data-bbox="323 1422 1541 1780"> <thead> <tr> <th data-bbox="323 1422 1021 1467">Arbetsgivare</th> <th data-bbox="1021 1422 1541 1467">Tid</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | | Arbetsgivare | Tid | | | | | | | | | | |
| Arbetsgivare | Tid | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| PENSIONER OCH ERSÄTTNINGAR | Får Ni pension eller ersättning? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej Varifrån? | | | | | | | | | | | | | |
| UNDER-SKRIFT | Jag försäkrar att uppgifterna i blanketten är riktiga. Jag samtycker till att läkare eller inrättning som har uppgifter om mitt hälsotillstånd kan lämna dem till pensionsanstalten. <table border="1" data-bbox="323 2094 1541 2192"> <tr> <td data-bbox="323 2094 847 2192">Datum</td> <td data-bbox="847 2094 1541 2192">Sökandens underskrift</td> </tr> </table> | | Datum | Sökandens underskrift | | | | | | | | | | |
| Datum | Sökandens underskrift | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|------------------------|---|
| ANSOKAN SANDS TILL | <ul style="list-style-type: none"> - pensionsanstalts eller försäkringsbolags kontor - Lantbruksföretagarnas pensionsanstalts lokala ombud - Pensionskyddscentralen, Sernaförbron 7, 00520 HELSINGFORS, telefon (90) 1511 |
| BILAGOR | <p>SF-B-utlåtande om den sökandes hälsotillstånd skall bifogas.</p> <p>En beskrivning av den sökandes arbete som gjorts av t.ex. skyddsombud eller förtroendemän kan bifogas ansökan. Vid behov kan pensionsanstalten också be arbetsgivaren om en sådan beskrivning.</p> <p>Om en rehabiliteringsplan redan gjorts eller skall göras, bifoga en kopia eller meddela varifrån den kan rekvireras.</p> |
| TILLÄGGS- UPPGIFTER | |