



Juridiska avdelningen

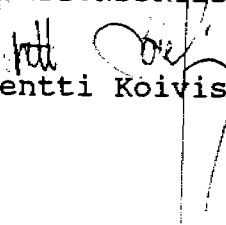
10.10.1989

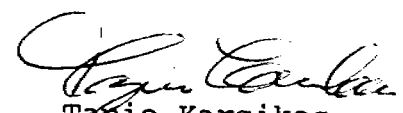
Till arbetspensionsanstalterna

NY J-BLANKETT OCH NY TY-BLANKETT

Vid Pensionsskyddscentralen har i samråd med representanter för pensionsanstalterna gjorts upp nya J- och TY-blanketter.

PENSIONSSKYDDSCENTRALEN


Pentti Koivisto


Tapio Karsikas

BILAGOR

Ny J-blankett, ETK 2141
Ny TY-blankett, ETK 2121



UTREDNING OM ARBETSFÖRMÅGA

J

för kontroll av pensionsrätten
 för fortsättning av tidsbegränsad pension

Handläggare/telefonnummer

Datum

Pensionstagarens namn och adress

Personbeteckning

Pensionsdianenummer

FÖRVARVS- ARBETE EFTER PENSIONENS BEVILJANDE	Har Ni arbetat som anställd eller som självständig företagare efter det pensionen beviljades		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	
	Om svaret är nekande, behöver Ni inte besvara de följande frågorna på denna sida.		
Senaste arbetsför- hållande	Arbetsgivarens namn och adress		
	Era uppgifter i detta arbete		
	Er arbetstid, timmar per vecka	Bruttolönen i detta arbete, mk/mån	
	Arbetet började, datum	Arbetet <input type="checkbox"/> fort- sätter	fram till, datum <input type="checkbox"/> har upphört
	Anser Ni, att Ni orkar fortsätta i detta arbete		
	Har Ni haft andra arbetsförhållanden efter det pensionen beviljades	Om svaret är jakande, ange då arbetsgivarnas namn, anställningstiderna och arbetsuppgifterna i Tilläggsuppgiftsrutan eller i särskild bilaga	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	
Företagar- verksamhet	Vilket slag av företagарverksamhet har Ni bedrivit efter det pensionen beviljades		
	Verksamheten började, datum	Verksamheten <input type="checkbox"/> fort- sätter	när, datum <input type="checkbox"/> har upphört
	Er arbetstid, timmar per vecka	Den av Er beräknade personliga genomsnittliga inkomsten, mk/mån	
	Anser Ni, att Ni orkar fortsätta med Er företagарverksamhet		

HÄLSO-TILLSTÅND	Vilka förändringar har inträffat i Ert hälsotillstånd efter det pensionen beviljades			
UTREDNING OM HÄLSO-TILLSTÅND	Namnet på den läkare som numera vårdar Er och mottagningsadress	När besökte Ni senast läkaren	Följande besökstid	
	När har läkarutlåtande om Er senast avfattats datum	läkarens namn	Läkarutlåtandet är <input type="checkbox"/> bifogat <input type="checkbox"/> hos Folkpensionsanstalten <input type="checkbox"/> annorstädes, var?	
	ANDRA LÄKARE, SJUKVÅRDS-, REHABILITERINGS- OCH UNDERSÖKNINGSANSTALTER ELLER MENTALVÅRDSBYRÅER MM. VID VILKA NI UNDERSÖKTS ELLER VÅRDATS EFTER DET PENSIONEN BEVILJADES			
	namn	vårdtider	följande besökstid	
REHABILITERING	Har Ni fått eller planeras det för Er yrkesinriktad rehabilitering Hurudan och på vems förslag			
	Är Ni intresserad av yrkesinriktad rehabilitering <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej			
ARBETSFORMÅGA	Anser Ni Er själv vara <input type="checkbox"/> arbetsförmögen <input type="checkbox"/> delvis arbetsförmögen <input type="checkbox"/> helt arbetsförmögen			
TILLÄGGSUPPGIFTER				
UNDERSKRIFT	Jag försäkrar, att de i blanketten angivna uppgifterna är riktiga. Jag samtycker till att läkare eller anstalt som har uppgifter om mitt hälsotillstånd får lämna dem till pensionsanstalten.			
	Datum	Sökandens eller förmyndares underskrift	Telefon (även riktnummer)	
Om förmyndare undertecknar blanketten, skall utredning inges över förmynderskapet. Om ansökan undertecknas av annan än sökanden eller dennes förmyndare, skall orsaken anges.				

UTREDNING FÖR
FÖRETAGARES PENSIONSÄRENDE

TY

Datum

Pensionssökandens namn och adress

Personbeteckning

Utöver de uppgifter Ni lämnat i Er försäkrings- och pensionsansökan behöver vi för avgörande av Ert pensionsärende ytterligare uppgifter. Vi ber Er därför fylla i denna blankett omsorgsfullt och returnera den till oss inom två veckor. Uppgifterna är nödvändiga för avgörande av Ert pensionsärende.

Vår pensionsanstalt ger vid behov råd beträffande ifyllandet av blanketten.

Handläggare/telefonnummer

FÖRETAGAR- VERKSAM- HETEN FÖRE INSJUKNAN- DET	Företagarverksamheten började, datum	Företagarverksamheten har pågått <input type="checkbox"/> hela året <input type="checkbox"/> en del av året		Hur många månader om året	
	Er arbetstid, timmar per vecka	Företagarverksamheten har varit <input type="checkbox"/> huvudsyssla <input type="checkbox"/> bisyssla		Huvudsyssla då företagarverksamheten är bisyssla	
	Företagsbransch				
	Era arbetsuppgifter i företaget				
	Beskriv så noggrant som möjligt det arbete som Ni de senaste åren utfört i Ert företag eller yrke				
		år 19	år 19	år 19	år 19
	Totalomsättning eller yrkesutövares bruttoinkomst, mk/år				
	Förvärvsinkomstandel i beskattningen, mk/år				
	Antal utomstående arbetstagare i medeltal				
	Till nämnda arbetstagare erlagda löner, mk/år				
Deltar Era familjemedlemmar i företagarverksamheten <input type="checkbox"/> Deltar inte <input type="checkbox"/> Deltar					
Familjemedlemmarnas uppgifter i företaget och arbetstiden timmar/vecka per person:					
	19	19	19	19	
Antal familjemedlemmar som arbetar i företaget					
Till familjemedlemmarna erlagda löner, mk/år					

**FÖRETAGAR-
VERKSAM-
HETEN EFTER
INSJUKNAN-
DET**

Hur och från och med när har sjukdomen inskränkt Ert arbete

Företagets verksamhet eller den självständiga yrkesutövningen

fortsätter som förut har inskränkts, när företaget har sålts, när har upphört, när

På vilket sätt har verksamheten inskränkts

Av vilken orsak inskränkts, sålts eller upphört

på grund av sjukdom av annan orsak, vilken

Deltar Ni alltjämt i företagerverksamheten eller i den självständiga yrkesutövningen

Er arbetstid, timmar per vecka

deltar deltar inte

Vilka arbeten sköter Ni fortfarande i Ert företag eller yrke

Vilka arbeten har Ni avstått ifrån och när

Hur sköts dessa arbeten nu

Har en annan person avlönats för att sköta dessa arbeten

När, datum

ja nej

Har familjemedlemmarnas arbetsinsats ökat på grund av Er sjukdom. Från och med när och på vilket sätt

Har de familjemedlemmar som arbetar i företaget försäkrats enligt APL, KAPL eller FöPL?

APL nej ja FöPL nej ja KAPL nej ja

**ARBETS-
FÖRMÅGA**

Anser Ni Er själv vara

delvis arbetsoförmögen helt arbetsoförmögen

**TILLÄGGS-
UPPGIFTER**

**UNDER-
SKRIFT**

Jag försäkrar att de i blanketten angivna uppgifterna är riktiga

Datum

Underskrift

Telefon (även riktnummer)

Om ansökan undertecknas av annan än pensionssökanden, ange orsaken