



Juridiska avdelningen

30.8.1982

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.

Översta delen på J-blanketten har lämnats fri för sådana uppgifter som pensionsanstalterna anser att behövs på blanketten.

PENSIONSSKYDDSCENTRALEN

BILAGOR

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

UTREDNING OM ARBETFÖRMÅGA

J

för kontroll av pensionsrätten
 för fortsättning av tidsbegränsad pension

Pensionstagarens namn och adress

Personbeteckning

Pensionsdiarienummer

...

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 fort- sätter <input type="checkbox"/>	fram till, datum	har upphört <input type="checkbox"/>
	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 Tilläggsuppgifts-rutan eller på särskild bilaga	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej		
Företagar- verksamhet	Vad slags företagerverksamhet har Ni haft efter det pensionen beviljades			
	Verksamheten började, datum		Verksamheten fort- sätter <input type="checkbox"/>	
			har upphört <input type="checkbox"/>	
	Er arbetstid, timmar per vecka		Den av Er beräknade personliga genomsnittliga inkomsten, mk/mån	
	Anser Ni, att Ni orkar fortsätta med Er företagerverksamhet			

HÄLSO-TILLSTÄND	Vilka förändringar har inträffat i Ert hälsotillstånd efter det pensionen beviljades		
	De läkare, som vårdat Ert efter det pensionen beviljades Namn och mottagningsadress		
	Sjukvårds-, rehabiliterings- och undersökningsanstalter, tuberkulos- eller mentalvårdsbyråer mm., vid vilka Ni vårdats efter det pensionen beviljades		
	Namn	Vårdtider	Följande besökstid
NUVARANDE VÅRD	Läkarens namn, vilken numera vårdar Er och mottagningsadress	När besökte Ni senast läkaren	Följande besökstid
REHABILITERING	Har Ni fått eller planeras det för Er yrkesinriktad rehabilitering Hurudan och på vems förslag		
ARBETS-FÖRMÅGA	Anser Ni Er själv vara <input type="checkbox"/> arbetsförmögen <input type="checkbox"/> delvis arbetsförmögen <input type="checkbox"/> helt arbetsförmögen		
TILLÄGGS-UPPGIFTER			
UNDER-SKRIFT	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.		
	Ort och tid	Sökandens eller förmyndares underskrift	Telefon (även riktnummer)
	Om förmyndare undertecknar blanketten, skall utredning inges över förmyndarskapet. Om ansökan undertecknas av annan än sökanden eller dennes förmyndare, skall orsaken anges.		

Namn

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.

Tilläggsupplysningar ger

Telefon

FÖRETAGAR- VERKSAM- HETEN FÖRE EVENTUELLA ÄNDRINGAR	Företagarverksamheten började, datum	Företagarverksamheten har pågått		Hur många månader om året	
		<input type="checkbox"/> hela året	<input type="checkbox"/> en del av året		
	Er arbetstid, timmar per vecka	Företagarverksamheten har varit		Huvudsyssla då företagarverksamheten är bisyssla	
		<input type="checkbox"/> huvudsyssla	<input type="checkbox"/> bisyssla		
	Företagsbransch				
	Er uppgift 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 bruttolöns, mk/år				
	Värdet av eget arbete i beskattningen, mk/år				
Antal utomstående arbetstagare					
– varaktigt					
– tillfälligt					
Till nämnda arbetstagare erlagda löner, mk/år					
FAMILJE- MEDLEMMAR	Deltar Era familjemedlemmar i företagarverksamheten		Från när, datum	Antal familjemedlemmar som deltar i verksamheten	
	<input type="checkbox"/> Deltar	<input type="checkbox"/> Deltar inte			
På vilket sätt deltar familjemedlemmarna i företagarverksamheten					
Till familjemedlemmarna erlagda löner mk/år					

SJUKDOMENS INVERKAN PÅ FÖRETAGAR- VERKSAM- HETEN	Hur och från när har sjukdomen inskränkt Ert arbete		
	Företagets verksamhet eller den självständiga yrkesutövningen		
	<input type="checkbox"/> fortsätter som förut	<input type="checkbox"/> har inskränkts	<input type="checkbox"/> företaget har sålts <input type="checkbox"/> har upphört
	När inskränkts, sålts eller upphört	På vilket sätt inskränkts	
	Av vilken orsak inskränkts, sålts eller upphört		
	<input type="checkbox"/> på grund av sjukdom	<input type="checkbox"/> av annan orsak, vilken	
	Deltar Ni alltså i företagaverksamheten eller i den självständiga yrkesutövningen Er arbetstid, timmar per vecka		
	<input type="checkbox"/> deltar	<input type="checkbox"/> deltar inte	
	Vilka arbeten sköter Ni fortfarande i Ert företag eller yrke		
	Vilka arbeten har Ni avstått ifrån och när skedde detta		
Hur sköts nu dessa arbeten			
Har annan person avlönats för att sköta dessa arbeten			
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej	När, datum	
Har familjemedlemmarnas arbetsinsats ökat på grund av Er sjukdom. Från när och på vilket sätt			
ARBETS- FÖRMÅGA	Anser Ni Er själv vara		
<input type="checkbox"/> delvis arbetsförmögen	<input type="checkbox"/> helt arbetsförmögen		
TILLÄGGS- UPPGIFTER			
UNDER- SKRIFT	Jag försäkrar att de i blanketten angivna uppgifterna är riktiga.		
	Ort och tid	Underskrift	
		Telefon (även riktnummer)	
Om annan än pensionssökanden är undertecknare, ange orsaken			