

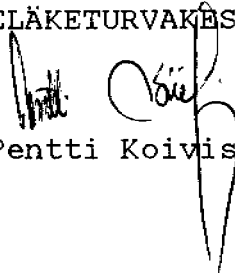


Työeläkelaitoksille

UUSI J-LOMAKE JA UUSI TY-LOMAKE

Eläketurvakeskuksessa on yhdessä eläkelaitosten edustajien kanssa uudistettu J- ja TY-lomakkeet.

ELÄKETURVAKESKUS


Pentti Koivistoinen


Tapio Karsikas

LIITTEET

Uusi J-lomake, ETK 2140
Uusi TY-lomake, ETK 2120

MJLOM



SELVITYS TYÖKYVYSTÄ

J

eläkeoikeuden tarkistamiseksi
 määräaikaisen eläkkeen jatkamiseksi

Käsittelijä/puhelinnumero

Päivämäärä

Eläkkeensaajan nimi ja osoite

Henkilötunnus

Eläkeasianumero

...

ANSIOTYÖ ELÄKKEEN MYÖNTÄMISEN JÄLKEEN	Oletteko ollut työsuhteessa tai harjoittanut yrittäjätoimintaa eläkkeen myöntämisen jälkeen			
	<input type="checkbox"/> olen		<input type="checkbox"/> en ole	
Jos vastauksenne edellä mainittuun kohtaan on kielteinen, ei jäljempänä tällä sivulla oleviin kysymyksiin tarvitse vastata.				
Viimeisin työsuhde	Työnantajan nimi ja osoite			
	Tehtävänne tässä työssä			
	Työaikaanne, tunteja viikossa		Bruttoansionne tästä työstä, mk/kk	
	Työ alkoi, pvm	Työ	mihin asti, pvm	milloin, pvm
	<input type="checkbox"/> jatkuu		<input type="checkbox"/> on päättynyt	
	Pystyttekö mielestänne tekemään tätä työtä edelleen			
Oletteko ollut muissa työsuhteissa eläkkeen myöntämisen jälkeen		Jos vastauksenne on myönteinen, ilmoittakaa työnantajien nimet, työskentelyajat ja työtehtävät. Lisätietoja-kohdassa tai eri liitteellä.		
<input type="checkbox"/> olen		<input type="checkbox"/> en ole		
Yrittäjätoiminta	Minkälaista yrittäjätoimintaa olette harjoittanut eläkkeen myöntämisen jälkeen			
	Toiminta alkoi, pvm	Toiminta	milloin, pvm	
	<input type="checkbox"/> jatkuu		<input type="checkbox"/> on päättynyt	
	Työaikaanne, tunteja viikossa		Arvionne henkilökohtaisesta keskimääräisestä tulostanne, mk/kk	
Pystyttekö mielestänne harjoittamaan yrittäjätoimintaanne edelleen				

**SELVITYS YRITTÄJÄN
ELÄKEASIAAN**

TY

Paivämäärä

Eläkkeenhakijan nimi ja osoite

Henkilötunnus

Vakuutus- ja eläkehakemuksessanne antamienne tietojen lisäksi tarvitsemme eläkeasianne ratkaisemista varten vielä lisätietoja. Pyydämme Teitä täyttämään tämän lomakkeen huolellisesti ja palauttamaan sen meille kahden viikon kuluessa, koska tiedot ovat välttämättömät eläkeasianne ratkaisemista varten.

Eläkelaitoksemme antaa tarvittaessa neuvoja lomakkeen täyttämässä.

Kasittelijä/puhelinnumero

YRITTÄJÄ- TOIMINTA ENNEN SAIRASTU- MISTA	Yrittäjätöiminta alkoi, pvm	Yrittäjätöiminta on ollut <input type="checkbox"/> ympärivuotista <input type="checkbox"/> osavuotista		Montako kuukautta vuodessa	
	Työaikaanne, tuntia viikossa	Yrittäjätöiminta on ollut <input type="checkbox"/> päätoimista <input type="checkbox"/> sivutoimista		Sivutoimisen yrittäjän päätoimi	
	Yrityksen toimiala				
	Tehtävänne yrityksessä				
	Mahdollisimman tarkka kuvaus työstä, jota olette tehnyt viime vuosina yrityksessänne tai ammatissanne				
		v. 19	v. 19	v. 19	v. 19
	Kokonaisliikevaihto tai ammatinharjoittajan bruttotulo, mk/v				
	Ansiotulo-osuus verotuksessa, mk/v				
	Vieraiden työntekijöiden lukumäärä keskimäärin				
	Em. työntekijöille maksetut palkat, mk/v				
Osallistuvatko perheenjäsenet yrittäjätöimintaan <input type="checkbox"/> Eivät <input type="checkbox"/> Osallistuvat					
Perheenjäsenten tehtävät yrityksessä ja työaika tuntia/viikossa henkilöä kohti:					
	19	19	19	19	
Yrityksessä työskentelevien perheenjäsenten lukumäärä					
Perheenjäsenille maksetut palkat, mk/v					

**YRITTÄJÄ-
TOIMINTA
SAIRASTU-
MISEN
JÄLKEEN**

Miten ja mistä alkaen sairaus on rajoittanut työntekoanne

Yrityksen toiminta tai itsenäisen ammatin harjoittaminen

jatkuu entisessä
laajuudessaan

toimintaa supistettu,
milloin

yritys myyty,
milloin

toiminta lopetettu,
milloin

Millä tavoin toimintaa on supistettu

Mistä syystä supistettu, myyty tai lopetettu

sairauden vuoksi

muu syy, mikä

Osallistutteko vielä yrittäjätoimintaan tai itsenäisen ammatin harjoittamiseen

Työaikaanne, tuntia viikossa

osallistun

en osallistu

Mitä töitä vielä teette itse yrityksessänne tai ammatissanne

Mistä tehtävistä olette luopunut ja milloin

Miten nämä tehtävät hoidetaan nyt

Onko näihin tehtäviin palkattu toinen henkilö

Milloin, pvm

on

ei ole

Onko perheenjäsenenne työpanos lisääntynyt sairastumisenne johdosta. Mistä alkaen ja miten

Onko yrityksessä työskentelevät perheenjäsenet vakuutettu TEL:n, LEL:n tai YEL:n mukaisesti?

TEL ei on

YEL ei on

LEL ei on

TYÖKYKY

Pidättekö itseänne

osittain työkyvyttömänä täysin työkyvyttömänä

**LISÄ-
TIETOJA**

**ALLE-
KIRJOITUS**

Vakuutan lomakkeessa antamani tiedot oikeiksi

Päivämäärä

Allekirjoitus

Puhelin (myös suuntanumero)

Jos allekirjoittajana on muu kuin eläkkeenhakija, mistä syystä