



PENSIONSSKYDDSCENTRALEN

KALEVAGATAN 6 - 00100 HELSINGFORS 10
Telefon (växel) 642511 Postgira 120811-5
Affärsbankerna Andelsbankerna Sparbankerna konto 5041-6

Cirkulär nr 24/73

20.12.1973

Till arbetspensionsanstalterna

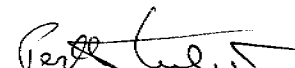
Betr.: blanketten som berör utredningen av arbetsoförmögenhet
(J-blanketten)

Med hänvisning till cirkuläret nr 16/73, som berör övervakningen av pensionstagarna sänds till pensionsanstalterna bifogat blanketten, som berör utredningen av arbetsoförmögenhet (J-blanketten). På grund av de förändringar i arbetspensionslagarna som trädde i kraft från början av år 1973 har smärre förändringar gjorts i blanketten.

Blanketten kan beställas från Pensionsskyddscentralen, Kalevagatan 6, 00100 Helsingfors 10, tel. 642 511/146.

PENSIONSSKYDDSCENTRALEN


Aarre Metso


Pertti Tukia

Bilaga: J-blanketten

LA.PT.SW

UTREDNING OM ARBETSOFORMÅGA

J

Denna blankett användes när fråga är om fortsättning av invalidpension enligt lagen om pension för arbetstagare (APL), lagen om pension för arbetstagare i kortvariga arbetsförhållanden (KAPL), lagen om pension för lantbruksföretagare (LFöPL) eller lagen om pension för företagare (FöPL).

Släktnamn	Förnamn
Föregående släktnamn	Personbeteckning eller födelseid och födelsekommun
Postadress (närmare adress och postanstalt) samt telefonnummer	
Pensionsanstalt (som utbetalt pensionen)	
Har det inträffat förändringar i Ert hälsotillstånd efter pensionens beviljande? Hurudana?	
Står Ni nu under läkarbehandling, läkarens namn och adress?	
När granskades Ni senast?	
Har Ni efter pensionens beviljande vårdats på sjukhus eller rehabiliteringsanstalt?	
Var och när?	
Har Ni efter pensionens beviljande erhållit skolning för nytt yrke? Var och hurudan skolning?	
I fall Ni skolas som bäst, när tar kursen slut?	
Har Ni efter pensionens beviljande varit i förvärvsarbete? I vems tjänst och under vilken tid? Genomsnittlig månadsförtjänst?	
Har Ni arbetat i eget företag? I hurudant? Uppskattad arbetsinkomst om året?	
Anser Ni Er vara helt eller delvis arbetsoförmögen? På vilka grunder?	

Jag försäkrar, att jag redligt besvarat frågorna i denna blankett. Därjämte samtycker jag till, att läkare och annan person eller anstalt, som har uppgifter om mitt hälsotillstånd, får lämna dem till pensionsanstalten.

19

Underskrift

I fall ansökningen undertecknats av annan person på sökandens vägnar:

Av vilken orsak?

Av Pensionskyddscentralen godkänd blankett

SELVITYS TYÖKYVYTTÖMYYDESTÄ

J

Tätä lomaketta käytetään kun kysymys on työntekijän eläkelain (TEL), lyhytaikaisissa työsuhteissa olevien työntekijän eläkelain (LEL), maatalousyrittäjien eläkelain (MYEL) tai yrittäjien eläkelain (YEL) mukaisen työkyvyttömyyseläkkeen jatkamisesta.

Sukunimi	Etunimet
Edellinen sukunimi	Henkilötunnus tai syntymäaika ja syntymäkunta
Postiosoite (lähiosoite ja postitoimipaikka) ja puhelinnumero	
Eläkelaitos (joka maksanut eläkettä)	
Onko terveydentilassanne tapahtunut muutoksia eläkkeenne myöntämisen jälkeen? Minkälaisia?	
Oletteko nykyään lääkärin hoidossa, lääkärin nimi ja osoite?	
Milloin viimeksi olitte tarkastettavana?	
Oletteko eläkkeen myöntämisen jälkeen ollut sairaalassa tai kuntoutuslaitoksessa?	
Missä ja milloin?	
Oletteko eläkkeen myöntämisen jälkeen saanut koulutusta uuteen ammattiin? Missä ja minkälaista?	
Jos olette parhaillaan koulutettavana, niin milloin kurssi päättyy?	
Oletteko eläkkeen myöntämisen jälkeen ollut ansiotyössä? Kenen palveluksessa ja minä aikana? Keskimääräinen kuukausiansio?	
Omassa työssä? Minkälaisessa? Arvioitu työtulo vuodessa?	
Pidätkö itseänne täysin työkyvyttömänä, osittain työkyvyttömänä? Perustelut?	

Vakuutan rehellisesti vastanneeni tässä lomakkeessa esitettyihin kysymyksiin. Samalla suostun siihen, että lääkäri ja muu henkilö tai laitos, jolla on tietoja terveydentilastani, saavat niitä eläkelaitokselle antaa.

Jos muu henkilö on allekirjoittajana eläkkeensaajan puolesta:

Mistä syystä?