



29.9.1976

1

Opastinsilta 7 00520 HELSINKI
Semaforbron HELSINGFORS 52

Puhelin 1511
Telefon

... Till arbetspensionsanstalterna

BLANKETT FÖR UTREDNING AV ARBETSFÖRMÅGA
(J-BLANKETTEN)

Till pensionsanstalterna sänds bifogat blanketten för utredning om arbetsförmåga (J-blanketten). I blanketten har på pensionsanstalternas önskan gjorts vissa ändringar, bl.a. har andelen uppgifter gällande sysselsättningen utökats. Den nya blanketten har godkänts av Pensionsskyddscentralens styrelse, och den ersätter den motsvarande till cirkulär 24/73 bilagda blanketten.

J-blanketten är avsedd att användas såväl vid övervakningen av pensionstagarna som vid anskaffning av tilläggsutredning för fortsättande av tidsbestämd pension.

Blanketten, som finns att få både på finska och på svenska, kan beställas från Pensionsskyddscentralen.

PENSIONSSKYDDSCENTRALEN

BILAGA

J-blanketten

UTREDNING OM ARBETSFÖRMÅGA

J

Uppgifter om pensions-tagaren	Släktnamn och förnamnen	Personbeteckning
	Adress och telefonnummer	
	Pensionsanstalt, som utbetalat pension	
Förvärvs- arbete	Har Ni stått i arbetsförhållande eller idkat företagarkerksamhet efter det pension beviljades	
	Om Ert svar är nekande, kan Ni direkt besvara frågorna på blankettens omstående sida	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	
	A. HOS VEM HAR NI VARIT ANSTÄLLD EFTER DET PENSION BEVILJADES	
	Namn, adress och telefonnummer	Arbetet började upphörde
	Vad slags arbete utför eller utförde Ni	
	Hur många arbetstimmar har eller hade Ni per vecka	Er månadsförtjänst
	Är arbetet avsett att vara bestående	
	Anser Ni, att Ni orkar fortsätta i detta arbete	
B. HAR NI IDKAT FÖRETAGARVERKSAMHET EFTER DET PENSION BEVILJADES		
Arbetet började upphörde		
Vad slags företagarkerksamhet idkar eller idkade Ni		
Hur många arbetstimmar har eller hade Ni per vecka	Er arbetsinkomst	
Är Er företagarkerksamhet avsedd att vara bestående		
Anser Ni, att Ni orkar fortsätta Er företagarkerksamhet		

Hälsotillstånd	Vilka förändringar har inträffat i Ert hälsotillstånd efter det pension beviljades		
Nuvarande vård	Läkares eller anstalts namn, vilken numera vårdar Er		
	När har Ni senast undersökts		
Rehabilitering	Vilka sjukhus och rehabiliteringsanstalter har Ni varit intagen på efter det pension beviljades		
	När erhöil Ni rehabilitering		
Utbildning	Vilken utbildning till ett nytt yrke har Ni fått efter det pension beviljades		
	Utbildningsanstalt	Började	upphörde
Arbetsförmåga	Anser Ni Er själv <input type="checkbox"/> arbetsförmögen <input type="checkbox"/> delvis arbetsförmögen <input type="checkbox"/> helt arbetsförmögen		
Tilläggsuppgifter			
Underskrift	Jag samtycker till, att läkare eller anstalt, som har uppgifter om mitt hälsotillstånd, får lämna dem till pensionsanstalten. Om ansökan undertecknas av annan än sökanden eller dennes förmyndare, skall orsaken härtill samt eventuellt släktskapsförhållande till sökanden anges.		
	Datum	Underskrift	