



Närmare information www.fpa.fi/foralder

Du kan beräkna förmånens belopp på
www.fpa.fi/berakningar



Om du har frågor kan du ringa vår telefontjänst
www.fpa.fi/servicenummer



Fyll i ansökan noggrant och kontrollera att alla
nödvändiga bilagor finns med.

Om vi behöver ytterligare uppgifter kontaktar vi dig.

Du kan skicka in ansökan och bilagorna per post
www.fpa.fi/postadresser

Ansökningstid: Ansök om förmånen inom 4 månader från den dag från och med vilken du önskar få den.

 Du behöver ett läkarintyg D som bilaga till ansökan.

1. Uppgifter om sökanden

 Specialvårdspenning kan också beviljas för vård eller rehabilitering av din sambos, din makas eller din makes barn eller av ett annat barn om du i praktiken sköter barnet på samma sätt som en förälder.

Personbeteckning

Efternamn och förnamn

Telefonnummer

E-postadress

 FPA får adressuppgifterna från befolkningsdatasystemet.

2. Kontonummer

3. Uppgifter om barnet

Efternamn och förnamn

Personbeteckning

4. Deltagande i barnets sjukvård

Uppge de datum då du inte har kunnat arbeta på grund av att du deltagit i barnets sjukvård. Uppge bara de dagar då du varit förhindrad att utföra ditt arbete hela dagen (minst 6 timmar eller 75 % av arbetstiden).

Sjukhusvård

Poliklinikvård

_____ timmar

_____ timmar

_____ timmar

Om poliklinikbesöket inklusive resor tagit mindre än 6 timmar ska du redogöra för varför du varit förhindrad att arbeta hela dagen:

Hemvård

Barnet deltar i skolundervisning, förskoleundervisning eller dagvård på prov utanför hemmet under den tid för vilken jag ansöker om specialvårdspenning. Datum:

5. Utredning om hemvården av barnet

Redogör för hur krävande barnets sjukdom och vården av barnet är under tiden för hemvård och/eller skolgång på prov. I vilket avseende behöver barnet mera hjälp med att behandla sin sjukdom och att ta sina läkemedel än vad som är normalt för åldern? Vilket slags tillsyn och/eller vårdåtgärder behöver barnet? Du kan vid behov fortsätta din redogörelse under punkt 11 Övriga upplysningar eller på ett separat papper.

6. Deltagande i barnets rehabilitering och tid som ansökan gäller

Jag ansöker om specialvårdspenning för den tid jag deltar i barnets rehabilitering.

Vilken form av rehabilitering är det fråga om?

7. Utredning om arbete eller verksamhet

Är du löntagare?

Nej Ja. Ange dina nuvarande arbetsuppgifter samt din arbetsgivares eller löneräknares kontaktinformation.

Be att din arbetsgivare via e-tjänsten för arbetsgivare meddelar att lön inte betalas eller bifoga ett intyg över detta.

Är du företagare, lantbrukare eller näringsidkare?

Nej Ja. Uppge företagets namn, bolagsform, bransch och FO-nummer.

Om du inte är löntagare och inte heller företagare under den tid för vilken du söker specialvårdspenning, ange vilket arbete eller vilken verksamhet du är förhindrad att utföra på grund av att du deltar i barnets sjukvård eller rehabilitering. (T.ex. vård av barn eller skötsel av hushållet, jobbsökning, studier på heltid, arbete som finansieras med stipendium.)

Besvara följande fråga bara om du svarade nekande på frågan om du är löntagare.

Hur har du organiserat ditt arbete under den tid då du deltar i barnets sjukvård eller rehabilitering?

- Arbetet blir ogjort eller jag gör det senare
- Har anställt en vikarie
- En familjemedlem, släkting eller någon annan utför arbetet i stället för mig
- Annat arrangemang; vad?

8. Förmåner och ersättningar

Får du eller söker du på grund av barnets sjukdom någon annan ersättning än ersättning för inkomstbortfall från FPA (t.ex. från trafikförsäkringen)?

Nej Ja; vad och vem betalar?

9. Uppgifter som påverkar specialvårdspenningens belopp

i Specialvårdspenningen beräknas utifrån den arbetsinkomst som konstaterats vid beskattningen. Specialvårdspenningen kan även beräknas utifrån den arbetsinkomst den sökande hade sexmånadersperioden före den tid som ansökan gäller, om den inkomsten är minst 20 % högre än inkomsten enligt beskattningen.

Söker du förmånen enligt arbetsinkomsten för 6 månader på grund av att din inkomst är väsentligt större än vid den senaste beskattningen?

Nej. Gå vidare till punkt 10. Ja. Fyll i följande punkter (företagare behöver inte fylla i):

Hade du utgifter under den tid för vilken uppgifter om löneinkomsterna lämnas in?

– kostnader för arbetsresor Nej Ja; hur mycket? _____ €/mån.

Färdväg _____ Arbetsresans längd i en riktning _____ km

_____ Färdmedel _____

– medlemsavgifter till arbetsmarknadsorganisation och/eller arbetslöshetskassa Nej Ja; _____ % av lönen eller i euro _____ mån.
 6 mån.
 år

– andra utgifter för inkomstens förvärvande Nej Ja; vilka och hur mycket?
_____ €/mån.

i Med utgifter för inkomstens förvärvande avses utgifter som är avdragsgilla i beskattningen (t.ex. facklitteratur och kostnader för användningen av egna arbetsredskap).

Hade du inkomster under hela den föregående perioden på 6 månader?

Ja Nej. Jag hade inte inkomster för hela sexmånadersperioden p.g.a.

(t.ex. studier, arbetslöshet, sjukdom, föräldraledighet, yrkesexamen, militärtjänst)

i Företagare: FPA får uppgifter om FöPL- och LFöPL-arbetsinkomsterna direkt från pensionsanstalten.

10. Bilagor

Läkarintyg D (FPA:s blankett SV 10r)

Arbetsgivarintyg över att lön inte betalas ut

Utredning över inkomsterna för 6 månader

Annan bilaga; vad? _____

11. Övriga upplysningar

i Ange med nummer vilken punkt i ansökan du hänvisar till.

Övriga upplysningar på separat papper. Skriv ditt namn och din personbeteckning på pappret.

12. Underskrift

Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga och kommer att meddela om de ändras.

Datum

Underskrift

De uppgifter som vi har fått för att kunna avgöra detta förmånsärende kan också användas för ett annat förmånsärende om uppgifterna enligt lag ska beaktas i samband med ärendet. Likaså kan uppgifter som vi har fått i samband med en annan förmån användas vid avgörandet av detta förmånsärende.

Kontakta oss om du vill veta var vi kan hämta uppgifter om dig och till vem vi kan lämna ut dina uppgifter.