



Du kan lämna in din ansökan och bilagorna också i e-tjänsten MittFPA: www.fpa.fi.



Skicka ansökan och bilagorna till adressen Folkpensionsanstalten, PB 10, 00056 FPA.

- i** Om du har flyttat till Finland och inte tidigare har ansökt om förmåner hos FPA, ska du dessutom fylla i blankett Y 77r. Om du är på väg utomlands, ska du också fylla i blankett Y 38r.

Ansökningstid: Rehabilitering ersätts tidigast från början av den månad då ansökan har inkommit till FPA.

1. Uppgifter om den sökande

Personbeteckning	Efternamn och förnamn
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer	E-postadress
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Näradress	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postnummer	Postanstalt
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Kontonummer

3. Ansökan

Jag ansöker om

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> utbildning. Fyll i punkterna 3–7. | <input type="checkbox"/> utbildningsprövning. Fyll i punkterna 3–6 och 10. |
| <input type="checkbox"/> Taito-rehabilitering. Fyll i punkterna 3–6 och 8. | <input type="checkbox"/> Kiila-rehabilitering. Fyll i punkterna 3–6 och 9. Se punkt 11 Bilagor. |
| <input type="checkbox"/> yrkesinriktad rehabiliteringsutredning. Fyll i punkterna 3–6 och 8. | <input type="checkbox"/> näringsstöd. Fyll i punkterna 3–6 och bifoga FPA:s blankett KU 105r (Näringsstöd). Se punkt 11 Bilagor. |
| <input type="checkbox"/> arbetsprövning. Fyll i punkterna 3–6 och 8. | <input type="checkbox"/> ännu öppet. Fyll i punkterna 3–6. FPA tar kontakt med dig. |
| <input type="checkbox"/> arbetsträning. Fyll i punkterna 3–6 och 8. | |

- i** Om du ansöker om hjälpmedel för arbete eller studier ska du fylla i blankett KU103r.

Mitt behov av rehabilitering påverkas av en sjukdom eller funktionsnedsättning som beror på

- en trafikskada ett arbetsolycksfall/en yrkessjukdom en militärskada/tjänstgöringsrelaterad sjukdom

Ange försäkringsbolagets namn och skadenumret: _____

I planeringen av den yrkesinriktade rehabiliteringen deltog

- arbetsgivaren företagshälsovården hälso- och sjukvården arbetskraftsmyndigheten
 Folkpensionsanstalten arbetspensionsanstalten någon annan aktör; vilken? _____

Kontaktpersonernas namn:

Har du fått eller ansökt om yrkesinriktad rehabilitering hos arbetspensionsanstalten (t.ex. arbetsprövning, arbetsträning, utbildning)?
 Nej Ja; vad, varifrån och när?

i Om du arbetar ska rehabiliteringsmöjligheterna utredas hos arbetspensionsanstalten.

Har du tidigare fått eller ansökt om någon annan yrkesinriktad rehabilitering eller har du deltagit i arbetsrehabiliterande verksamhet (t.ex. arbetsprövning, arbetsträning, utbildning eller arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte)?

Nej Ja. Vilken aktör har ordnat den rehabiliterande tjänsten? När deltog du i tjänsten? Ange kontaktpersonens namn.

4. Modersmål

Vilket är ditt modersmål?

finska svenska samiska; vilken variant? _____

annat språk; vilket? _____

Om ditt modersmål är något annat än finska, svenska eller samiska, kan du kommunicera på finska eller svenska vid kontakter med hälso- och sjukvården och andra myndigheter?

Finska Ja Nej; fyll i FPA:s blankett KU 106 på finska eller KU 106r på svenska (Behov av tolkning av ett främmande språk under rehabiliteringen – Bilaga till ansökan om rehabilitering).

Svenska Ja Nej; fyll i FPA:s blankett KU 106 på finska eller KU 106r på svenska (Behov av tolkning av ett främmande språk under rehabiliteringen – Bilaga till ansökan om rehabilitering).

5. Arbets- och studiesituation

Jag

arbetar är arbetslös är studerande är under 16 år
 är hemmamamma eller hemmapappa har sjukpension/invalidpension har rehabiliteringsstöd
 är arbetsoförmögen (har sjukdagpenning) har pension (annan än sjuk-/invalidpension) annat, vad?

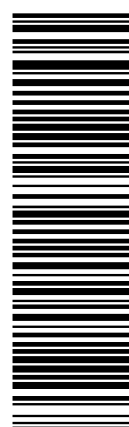
6. Uppgifter om yrke och arbete

Vilken utbildning har du och när utexaminerades du?

Vilket är ditt yrke, vem var din senaste arbetsgivare och hurdant arbete har du senast utfört? Från vilket datum till vilket datum?

Har du arbetserfarenhet inom andra yrkesområden?

Nej Ja, hurdana uppgifter?



Beskriv ditt arbete och dina arbetsförhållanden (arbetsuppgifter, arbetsställningar, belastning som arbetet orsakar).

Beskriv på vilket sätt sjukdomen eller funktionsnedsättningen försvårar arbetet eller studierna.

Har dina arbetsuppgifter ändrats på grund av din sjukdom?

Nej Ja, på vilket sätt?

Beskriv dina egna yrkesplaner och mål.

Vet du om några faktorer som kan påverka tidpunkten för rehabiliteringen?

Nej Ja; vad och när?

7. Utbildning

i Rehabiliteringsbeslutet kan fattas först efter att du har lämnat in en anmälan till FPA om antagning som studerande.

För vilken utbildning ansöker du om ett rehabiliteringsbeslut från FPA?

Läroanstaltens namn

Studielinje

Examen som du avlägger

Start- och slutdatum för studierna

8. Yrkesinriktad rehabiliteringsutredning, Taito-rehabilitering, arbetsprövning och arbetsträning

i Du kan ta fram uppgifter om rehabiliteringsproducenterna på www.fpa.fi/sokserviceproducent. Välj serviceproducent med sökfunktionen.

En förutsättning för valet är att serviceproducenten ordnar sådan rehabilitering som du behöver.

Observera! Yrkesinriktad rehabiliteringsutredning: endast en del av serviceproducenterna har inkvarteringsmöjligheter. Om du behöver övernatta i lokaler som ordnats av serviceproducenten (förutsätter godtagbar orsak, t.ex. långa avstånd) under rehabiliteringen ska du välja en serviceproducent som ordnar möjlighet till inkvartering.

Serviceproducentens verksamhetsställe

Yrkesinriktad rehabiliteringsutredning Jag behöver inkvartering

9. Kiila-rehabilitering

Individuell rehabilitering Kurser

Kursens nummer (om du känner till det)

Serviceproducentens verksamhetsställe

Starttidpunkt

Jag övernattar på rehabiliteringsinrättningen under rehabiliteringen.

Jag övernattar inte på rehabiliteringsinrättningen under rehabiliteringen.

10. Utbildningsprövning

Läroanstalt

Studielinje

Har du kommit överens om utbildningsprövningen med läroanstalten?

Ja

Nej

11. Bilagor

Läkarutlåtande B eller ett motsvarande läkarutlåtande ⓘ Läkarutlåtandet får vara högst ett år gammalt.

Har redan lämnats in till FPA.

Jag lämnar in utlåtandet senast _____

Tid hos läkare _____

Bilaga gällande Kiila-rehabilitering; FPA:s blankett KU 200r (Yrkesinriktad utredning för Kiila-rehabilitering)

Bilaga gällande näringsstöd; FPA:s blankett KU 105r (Näringsstöd)

Övriga bilagor, vilka?

12. Övriga upplysningar

ⓘ Ange med en siffra vilken punkt i ansökan du hänvisar till.

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

13. Underskrift

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

Ort och datum

Den sökandes underskrift och namnförtydligande

Enligt lag har FPA rätt att hämta och lämna ut uppgifter som är nödvändiga för att ett rehabiliteringsärende ska kunna avgöras och för genomförandet av rehabiliteringen.

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.

