



Närmare information på [www.fpa.fi/rehabilitering](http://www.fpa.fi/rehabilitering)



Om du har frågor kan du ringa vår telefontjänst  
([www.fpa.fi/ring-fpa](http://www.fpa.fi/ring-fpa)).



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

Om vi behöver ytterligare uppgifter kontakter vi dig.

Posta ansökan och bilagorna på 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 inkommit till FPA.

## 1. Uppgifter om klienten

Personbeteckning  Efternamn och förnamn

Telefonnummer

E-postadress

Näradress

Postnummer

Postanstalt

## 2. Ansökan

- i** Den rehabilitering som söks ska basera sig på en rehabiliteringsplan som gjorts upp inom den offentliga hälso- och sjukvården.

Jag söker i enlighet med rehabiliteringsplanen

terapi; fyll i punkterna 2-7 och 9  en rehabiliterings- eller anpassningskurs; fyll i punkterna 2-7 och 10

multiprofessionell individuell rehabilitering. Fyll i punkterna 2-8.

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: \_\_\_\_\_

## 3. Modersmål

Vilket är ditt modersmål?

Finska  Ja Svenska  Ja  Annat, vilket? \_\_\_\_\_

- i** Om du behöver tolkning ska du fylla i blankett KU 106r

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 Svenska  Ja  Annat, vilket? \_\_\_\_\_

- i** Om en närstående deltar i din rehabilitering och behöver tolkning på ett främmande språk ska du fylla i FPA:s blankett KU 106 på finska eller KU 106r på svenska.

## 4. Arbets- och studiesituation

Jag

är under skolåldern och vårdas hemma  är under skolåldern och vårdas på daghem/i familjedagvård  är skolelev/studerande

är hemmamamma eller hemmapappa  arbetar  är arbetslös  är arbetsförmögen (får sjukdagpenning)

får rehabiliteringsstöd  får sjukpension/invalidpension  får pension (annan än sjuk-/invalidpension)  annat; vad? \_\_\_\_\_

Vilket är ditt yrke?

## 5. Behandling av sjukdomen och planering av rehabiliteringen

---

För behandlingen av sjukdomen och planeringen av rehabiliteringen svarar

en hälsovårdscentral       en sjukhuspoliklinik/en enhet inom den specialiserade sjukvården

någon annan aktör; vilken? \_\_\_\_\_

Verksamhetsställets namn \_\_\_\_\_

## 6. Behov av rehabilitering och assistans

---

På vilket sätt gör sjukdomen eller funktionsnedsättningen det svårare för dig att klara av arbetet, studierna eller de dagliga aktiviteterna?

\_\_\_\_\_

Vilka hjälpmedel använder du och använder du kommunikationsmetoder som ersätter tal?

\_\_\_\_\_

Vilka dagliga aktiviteter behöver du assistans eller handledning med? Beskriv kort hurdan assistans och handledning du behöver.


## 7. Målet för rehabiliteringen

---

Hur önskar du att rehabiliteringen upprätthåller och främjar din vardag?

## 8. Multiprofessionell individuell rehabilitering

---

 Du kan ta fram uppgifter om serviceproducentens verksamhetsställe på [www.fpa.fi/sokserviceproducent](http://www.fpa.fi/sokserviceproducent).  
Välj serviceproducent i söktjänsten.

Om du inte kan välja serviceproducent behöver du inte fylla i punkten. FPA tar kontakt med dig.

Serviceproducent \_\_\_\_\_

Berätta varför du ansöker om multiprofessionell individuell rehabilitering och vad du förväntar dig av rehabiliteringen.

\_\_\_\_\_

Jag övernattar vid serviceproducentens verksamhetsställe under den individuella rehabiliteringen (rehabilitering med inkvartering)

Jag övernattar inte vid serviceproducentens verksamhetsställe under den individuella rehabiliteringen (rehabilitering utan inkvartering)

Deltar närstående personer i rehabiliteringen? Deltagandet ska basera sig på rehabiliteringsplanen.

Nej       Ja, antalet personer som deltar \_\_\_\_\_

Namn och födelsedatum för de personer som deltar

## 9. Terapi

**i** Du kan ta fram uppgifter om de serviceproducenter som tillhandahåller terapi på [www.fpa.fi/sokserviceproducent](http://www.fpa.fi/sokserviceproducent). Välj serviceproducent och kom överens om inledandet av terapi.

Jag söker följande terapiform:	Namnet på den som ger terapin (företag, firma) och verksamhetsställe	Startdatum, om det är bestämt
<input type="checkbox"/> fysioterapi	_____	_____
<input type="checkbox"/> talterapi	_____	_____
<input type="checkbox"/> ergoterapi	_____	_____
<input type="checkbox"/> psykoterapi	_____	_____
<input type="checkbox"/> musikterapi	_____	_____
<input type="checkbox"/> vattenterapi	_____	_____
<input type="checkbox"/> ridterapi som ges av en fysioterapeut	_____	_____
<input type="checkbox"/> ridterapi som ges av en ergoterapeut	_____	_____
<input type="checkbox"/> bildkonst-psykoterapi	_____	_____
<input type="checkbox"/> neuropsykologisk rehabilitering	_____	_____
<input type="checkbox"/> handledningsbesök	_____	_____

**i** Om du ansöker om handledningsbesök för föräldrar och/eller om att terapin ska genomföras någon annanstans än i serviceproducentens lokaler, ska detta ingå i rehabiliteringsplanen.

## 10. Rehabiliterings- eller anpassningskurser

**i** Du kan ta fram information om kurserna på [www.fpa.fi/sokrehabkurs](http://www.fpa.fi/sokrehabkurs).

Till vilken kurs söker du?	Kursens nummer (om du känner till det)
_____	_____
Kursplats	Kursstart, tidpunkt
_____	_____

Om du söker till en familjekurs eller parkurs ska du ange namn och födelsedatum för de närstående som deltar.

- Jag övernattar vid serviceproducentens verksamhetsställe under kursen.  
 Jag övernattar inte vid serviceproducentens verksamhetsställe under kursen.

Om du tidigare har deltagit i en kurs i anslutning till samma sjukdom ska du motivera varför en kurs med samma innehåll borde ordnas på nytt.

Känner du till omständigheter som kan tänkas påverka tidpunkten för genomförandet av rehabiliteringen (t.ex. operation, semester eller resa)?

- Nej       Ja; vad och när?

## 11. Bilagor

---

Rehabiliteringsplan som gjorts upp inom den offentliga hälso- och sjukvården

Har redan lämnats in till FPA.

Jag lämnar in den senast \_\_\_\_\_


Jag har tid hos läkare \_\_\_\_\_

Annan bilaga; vad?

---

## 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

Klientens underskrift och namnförtydligande

---

## 14. Person som ger ytterligare uppgifter

---

 Om du vill kan du ange en person som FPA vid behov kan begära ytterligare uppgifter av.

Jag ger mitt samtycke till att de ytterligare uppgifter som behövs för ansökan får begäras av den person som anges nedan.

Namn och telefonnummer

---

Tjänsteställning och verksamhetsställe eller släktskapsförhållande

---

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.