



Du kan göra anmälan också på nätet
(www.fpa.fi/etjanst-arbetsgivare).
Närmare information på www.fpa.fi/arbetsgivare



Om du har frågor kan du ringa vår telefontjänst
(www.fpa.fi/arbetsgivare-kunds-service).



Fyll i blanketten noggrant.
Om vi behöver ytterligare uppgifter tar vi kontakt.
Posta anmälan till adressen
Folkpensionsanstalten, PB 26, 00056 FPA.

1. Anmälan gäller

Denna anmälan utgör **arbetsgivarens ansökan** ifall löneuppgifterna för tiden med dagpenning meddelas under punkt 5.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sjukdagpenning | <input type="checkbox"/> Rehabiliteringspenning eller partiell rehabiliteringspenning |
| <input type="checkbox"/> Partiell sjukdagpenning | <input type="checkbox"/> Specialvårdspenning |
| <input type="checkbox"/> Gravditets-, moderskaps-, faderskaps- eller föräldrapenning | <input type="checkbox"/> Dagpenning vid smittsam sjukdom |
| <input type="checkbox"/> Särskild gravditetspenning / Särskild moderskapspenning | <input type="checkbox"/> Donationsdagpenning |

2. Arbetstagare

Personbeteckning _____ Efternamn och förnamn _____

3. Anställning

Yrke _____

Anställningens längd _____ – _____

4. Arbetsfrånvaro

Under vilken tid/från och med när har arbetstagaren varit borta från arbetet helt och hållet?

Frånvarotid _____ – _____

Betalas lön för frånvarotiden?

- Ja Nej

Partiell sjukdagpenning: Betalas full lön för heltidsarbete för tiden med partiell sjukdagpenning?

- Ja Nej

Partiell rehabiliteringspenning: Ange de dagar då arbetstagaren har deltagit i rehabilitering och den dagliga arbetstiden därför har förkortats med minst 40 %.

5. Lön

Här anges de löner för vilka arbetsgivaren har rätt att få förmånen på basis av arbets- eller tjänstekollektivavtal, arbetsavtal eller annat avtal. Ange endast den bruttolön som betalats utan de bikostnader som arbetsgivaren betalat. Ange inga andra löner, t.ex. semesterlön.

Lön som betalas för tid med partiell sjukdagpenning ska anges endast om arbetstagaren får lön som motsvarar full lön för heltidsarbete.

Om den dagliga arbetstiden har förkortats på grund av rehabilitering ska lönen anges endast för frånvarotimmarna.

Full lön och dellön (t.ex. 2/3) ska anges på separata rader.

Lön

för tiden _____ – _____ euro

för tiden _____ – _____ euro

för tiden _____ – _____ euro

för tiden _____ – _____ euro

Fortsätter under punkten Övriga upplysningar eller på ett separat papper.

Kommer löneuppgifter för denna frånvaro att meddelas senare?

Nej, eftersom löneutbetalningen för frånvarotiden har upphört.

Ja, eftersom löneutbetalningen för frånvarotiden fortsätter.

Från och med _____ meddelas löneuppgifterna senare.

Löneform

Månadslön

Annan lön


6. Dagpenning vid smittsam sjukdom

Ange beloppet av den lön som arbetstagaren skulle ha fått om han eller hon hade arbetat normalt, utan hinder av en smittsam sjukdom. Om arbetstagaren arbetar delvis ska beloppet av den uteblivna lönen anges.

Inkomstbortfall under tiden _____ – _____ euro

Vilka arbetsarrangemang har avtalats om arbetstagaren inte har varit frånvarande från arbetet helt och hållet?

7. Övriga upplysningar

 Ange med nummer vilken punkt på blanketten du hänvisar till.

8. Uppgifter om arbetsgivaren

- i** Ange personbeteckning i stället för FO-nummer om arbetsgivaren är en privatperson. Om arbetsgivaren är utländsk och inte har ett FO-nummer ska du i stället för FO-numret ange numret i det europeiska företagsregistret eller ett annat utländskt nummer och det land där numret registrerats.

FO-nummer

Land där den utländska arbetsgivaren är registrerad

Arbetsgivarens namn

9. Betalningens referensnummer eller specifikation

- i** Referensnummer eller annan specifikation kan anges om det finns uppgifter om lön under punkt 5. Den förmedlas till kontoutdraget i samband med förmånsutbetalningen.

Referensnummer

Annan specifikation

- i** Kontonumret kan meddelas via e-tjänsten för arbetsgivare på www.fpa.fi/arbetsgivare eller på blankett Y 122r. Kontonumret meddelas endast en gång eller om uppgiften ändras.

10. Postadress för beslutet

FPA sänder ett beslut till arbetsgivaren eller till den som arbetsgivaren befullmäktigat, ifall löneuppgifter angetts under punkt 5.

Beslutsmottagarens namn

Person eller avdelning till vilken beslutet adresseras

Näradress

Postnummer

Postanstalt

11. Uppgiftslämnare (av ytterligare information)

Namn

Telefonnummer

E-postadress

12. Underskrift

Anmälan ska undertecknas av arbetsgivaren eller av den som arbetsgivaren befullmäktigat.

Ort och datum

Underskrift