



Du kan göra din ansökan och lämna in bilagorna också på nätet www.fpa.fi/etjanst

Närmare information www.fpa.fi/resor



Om du har frågor kan du ringa vår telefonservice 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: 6 månader efter resan eller betalningen

1. Uppgifter om den sökande (patient/rehabiliteringsklient)

Personbeteckning

Efternamn och förnamn

Telefonnummer

E-postadress

Stadigvarande boendekommun

Följeslagarens namn och telefonnummer



FPA får adressuppgifterna från befolkningsdatasystemet.

2. Kontonummer



Om ditt bankkonto är utländskt ska du också ange BIC-koden.



Du kan ge en annan person eller din arbetsgivare fullmakt att för din räkning ta emot den ersättning som beviljas dig. Ange uppgifter för fullmaktstagaren under punkt 10. Fullmakt.

3. Resans syfte

Sjukdom, graviditet eller förlossning

Rehabilitering som ordnas av FPA

Trafikskada eller arbetsolycksfall
Bifoga FPA:s blankett SV 143r (Utredning om olycksfall).

En familjemedlem deltar i vården av patienten/rehabiliteringen av klienten.
Bifoga FPA:s blankett SV 67r (Intyg för reseersättning).

Annan orsak; vilken? _____

4. Val av vårdställe



Fyll i vid behov.

Jag har valt vårdställe med stöd av valfriheten inom hälso- och sjukvården.

Jag har servicesedel för sjukvård/rehabilitering.

Jag har betalningsförbindelse eller köptjänst för sjukvård/rehabilitering.

Var har du fått betalningsförbindelsen eller tillståndet att använda köptjänst?

6. Kostnader för övernattnng

i Du kan ha rätt till övernattningspenning om du har varit tvungen att övernattna under resan på grund av undersökning, behandling eller vård eller på grund av trafikförhållandena. Motivera orsaken till övernattningen i punkt 8. Övriga upplysningar, och bifoga kvitto/kvitton över övernattningskostnaderna.

Övernattnande person	Datum för övernattnng	Övernattningskostnader
<input type="checkbox"/> Sökande (patient/ rehabiliteringsklient)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Följeslagare	_____	_____
<input type="checkbox"/> Familjemedlem vid separat resa	_____	_____

7. Bilagor

- FPA:s blankett SV 67r (Intyg för reseersättning) eller annan motsvarande utredning
- Jag har redan tidigare lämnat in ett intyg om behov av specialfordon som gäller för viss tid eller tills vidare.
- Kvitto/kvitton på resekostnader för anlåtande av specialfordon _____ st.
- Kvitto/kvitton på övernattningskostnader
- FPA:s blankett SV 143r (Utredning om olycksfall)

Annan bilaga

Vilken? _____

8. Övriga upplysningar

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

9. Underskrift

Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga.

Ort och datum

Underskrift av sökanden, dennes vårdnadshavare eller intressebevakare, en nära anhörig eller en annan person som primärt sköter sökandens angelägenheter samt namnförtydligande och telefonnummer

10. Fullmakt

Jag ger härmed nedan nämnda person eller arbetsgivare fullmakt att lyfta min ersättning.

Fullmaktstagarens namn och personbeteckning eller arbetsgivarens namn och FO-nummer

Fullmaktstagarens eller arbetsgivarens adress

Postnummer

Postanstalt

Fullmaktstagarens kontonummer

Arbetsgivarens ombuds namn och telefonnummer

Ort och datum

Underskrift av den sökande eller av dennes vårdnadshavare eller intressebevakare, samt namnförtydligande

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 förman 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.

FPA kan vid behov kontrollera besöksdatum eller uppgifterna om besöket hos vårdinrättningen.