



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

Närmare information www.fpa.fi/sjuk

Beräkna beloppet av din förmån 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

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

Ansökningstid: Senast 2 månader efter att du blev arbetsförmögen / frånvaron från arbetet började.

1. Uppgifter om den sökande

Personbeteckning

Efternamn och förnamn

Telefonnummer

E-postadress

- i** FPA får adressuppgifterna från befolkningsdatasystemet.

2. Kontonummer

3. Ansökan

Vilken förmån ansöker du om? Välj ett eller flera alternativ.

- Sjukdagpenning
 Partiell sjukdagpenning
- Dagpenning för FöPL-försäkrad företagare för självrisktiden
 LPA-dagpenning för LFöPL-försäkrad för självrisktiden
- Dagpenning vid smittsam sjukdom. Du kan gå direkt till punkt 11.
 Donationsdagpenning

4. Sjukdomstid

Sjukdomstid _____ – _____ (från det datum du blev sjuk)

Beror din arbetsförmåga på ett olycksfall, en yrkessjukdom, en trafikskada eller en skada till följd av ett brott?

- Nej Ja. Fyll också i den medföljande blanketten **Utredning om olycksfall**.

5. Utredning om arbete eller verksamhet

Beskriv de uppgifter som ingår i ditt arbete.

Har du omedelbart innan du blev sjuk varit

a. Löntagare?

Nej Ja; yrke och nuvarande arbete

Arbetsgivarnas namn

Anställningen började

Anställningen upphörde

b. Företagare, lantbruksföretagare eller näringsidkare?

Nej Ja; det egna företagets namn, bolagsform, bransch och FO-nummer

c. Anmäld som arbetslös arbetssökande hos TE-tjänster (Arbets- och näringsbyrån)?

Nej Ja; inom vilket yrkesområde söker du arbete?

d. Studerande på heltid?

Nej Ja; var?

e. Annat?

Nej Ja; vad du har arbetat med?

6. Hur sjukdomen eller olycksfallet inverkar på arbetsförmågan

Beskriv vilken inverkan sjukdomen eller funktionsnedsättningen har på arbetsförmågan.

7. Rehabiliteringsbehov

Har du diskuterat behovet av rehabilitering med din läkare?

Nej Ja; vad har ni kommit överens om? Om du redan har deltagit i rehabilitering ska du beskriva hur den genomfördes.



8. Inkomster under sjukdomstiden

Får du lön för sjukdomstiden?

- Nej Ja. Arbetsgivaren meddelar lönen för sjukdomstiden via FPA:s e-tjänst för arbetsgivare, via inkomstregistret eller på blankett Y 17r (Anmälan om lön från arbetsgivare).

Arbetsgivarens namn och kontaktinformation:

Får du eller söker du ersättning eller pension från utlandet för sjukdomstiden?

- Nej Ja; vad och varifrån?

9. Uppgifter som påverkar sjukdagpenningens belopp

- i** Dagpenningens belopp baserar sig på den årsinkomst som beräknas utifrån inkomsten under de 12 kalendermånader som föregår kalendermånaden före den månad då rätten till dagpenningen börjar. Mellan begynnelsepunkten för utbetalningen av dagpenningen och granskningsperioden för årsinkomsten finns det således 1 kalendermånad för vilken inkomsterna inte beaktas.

De uppgifter som FPA behöver med tanke på beräkningen av beloppet av dagpenningen fås i regel från inkomstregistret. FöPL- och LFöPL-arbetsinkomsten fås från pensionsanstalterna och uppgifterna om olika förmåner från de ställen som betalar förmånerna i fråga. Läs mer på www.fpa.fi/sjukdagpenning_belopp

Får du samtidigt med dagpenningen även vårdavvode för närståendevård eller familjevård?

- Nej Ja; tills vidare.
 Ja; utbetalningen fortsätter fram till _____._____.

Har du varit FöPL- eller LFöPL-försäkrad under granskningsperioden?

- Nej Ja

Har du fått LPA-sjukdagpenning under granskningsperioden?

- Nej Ja. Bifoga en kopia av beslutet om sjukdagpenning som du fått från Lantbruksföretagarnas pensionsanstalt (LPA).

Har du under granskningsperioden fått arbetslöshetsdagpenning från något annat ställe än från FPA?

- Nej Ja; utbetalningen upphörde under granskningsperioden _____._____.
 Ja; utbetalningen fortsätter alltjämt.

- i** Om du under granskningsperioden har fått arbetslöshetsdagpenning från något annat ställe än FPA, ska du i punkten Övriga upplysningar uppgive för vilka perioder dagpenningen har beviljats.

Jag ansöker om dagpenning utifrån inkomsterna under de 3 sista kalendermånaderna i granskningsperioden, eftersom jag under granskningsperioden

- har blivit klar med min yrkesutbildning och avlagt en examen har fullgjort militärtjänst eller civiltjänst
 efter föräldradagpenningsperioden helt eller delvis har varit borta från arbetslivet på grund av hemvård av mitt barn som är under 3 år efter föräldradagpenningsperioden helt eller delvis har varit borta från arbetslivet på grund av hemvård av mitt adoptivbarn
 har varit borta från arbetet på grund av att jag deltagit i sjukvården av mitt barn som är under 16 år och som har en sjukdom eller funktionsnedsättning (vård i hemmet eller på sjukhus) har flyttat från utlandet till Finland och under min vistelse utomlands inte varit sjukförsäkrad i Finland

- i** Dessutom förutsätts att inkomsterna för de 3 sista kalendermånaderna av granskningsperioden multiplicerat med 4 är minst 20 % högre än vad hela den på 12 kalendermånader beräknade årsinkomsten skulle vara.

10. Utredning om deltidsarbete och lön. Fyll i endast om du ansöker om partiell sjukdagpenning.

Löntagare

- i** Med heltidsarbete avses den ordinarie arbetstid för en arbetstagare i heltidsarbete som normalt tillämpas i branschen.

Vilken typ av anställning har du?

- Heltidsarbete Deltidsarbete Jag är anställd hos endast en arbetsgivare Jag är anställd hos flera arbetsgivare

Bifoga det avtal om deltidsarbete som du har ingått med arbetsgivaren.

Av avtalet ska framgå det arbetstidsarrangemang som ni har kommit överens om samt lönen för deltidsarbetet.

Företagare

- Jag har arbetat heltid. Jag minskar mitt arbete under tiden _____._____ - _____._____.

Redogör för hur du minskar ditt arbete med 40–60 procent. Utför till exempel någon annan en del av ditt arbete?

11. Dagpenning vid smittsam sjukdom. Fyll i endast om du ansöker om dagpenning vid smittsam sjukdom.

- Uppge här den tidsperiod för vilken du har fått ett beslut om frånvaro från arbetet, isolering eller karantän som utfärdats av den läkare i kommunen eller i sjukvårdsdistriktet som ansvarar för smittsamma sjukdomar.

Tiden för arbetsfrånvaron _____

Jag har helt och hållet varit borta från lönearbete företagsverksamhet

Jag har delvis varit borta från arbetet eller utfört annat arbete. Arbetsarrangemangen gäller lönearbete företagsverksamhet

Vilka arrangemang har avtalats?

Namn på och kontaktuppgifter till arbetsgivarna/företagen

- Dagpenningen bestäms på basis av det verkliga inkomstbortfallet. Lämna de uppgifter om inkomstbortfallet som du fått av arbetsgivaren till FPA eller be att arbetsgivaren lämnar dem. FPA får uppgifter om FöPL- och LFöPL-arbetsinkomsten direkt från pensionsanstalten.

12. Bilagor

- Vid en kort sjukdomstid brukar det oftast räcka med läkarintyg A, men senast efter 60 sjukdagar är det skäl att be läkaren skriva ett utförligt intyg, dvs. läkarutlåtande B.

Efter 90 dagpenningdagar behövs ett utlåtande av företagshälsovården för att sjukdagpenning ska kunna betalas ut. Be din företagsläkare om ett sådant utlåtande. Ett utlåtande krävs endast av personer i anställningsförhållande.

Arbetsgivarens anmälan i e-tjänsten för arbetsgivare, i inkomstregistret eller på FPA:s blankett Y 17r (Anmälan om lön från arbetsgivare) om arbetsgivaren betalar lön för sjukdomstiden.

För partiell sjukdagpenning behövs uppgifter om minskad arbetstid av alla arbetsgivare, ifall du har fler än en anställning på deltid.

Sjukdagpenning

- Läkarintyg A
 Läkarutlåtande B

Partiell sjukdagpenning

- Läkarutlåtande B
 Blanketten "Meddelande – Partiell sjukdagpenning" (SV 28r) som fyllts i tillsammans med arbetsgivaren eller ett avtal om deltidarbete, av vilket motsvarande uppgifter framgår.

Dagpenning vid smittsam sjukdom

- Beslut som utfärdats av den läkare i kommunen eller i sjukvårdsdistriktet som ansvarar för smittsamma sjukdomar eller ett läkarintyg A över frånvaro från arbetet, isolering eller karantän.

Donationsdagpenning

- Läkarintyg A

Övriga bilagor

Vänligen meddela om någon bilaga kommer att lämnas in senare.

13. Övriga upplysningar – Ange med en siffra vilken punkt i ansökan du hänvisar till.

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

14. Underskrift

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

Ort och datum

Underskrift

De uppgifter som vi har fått för att kunna avgöra detta förmånsärendet kan också användas för ett annat förmånsärendet 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 förmånsärendet. Kontakta oss om du vill veta var vi kan hämta uppgifter om dig och till vem vi kan lämna ut dem.



- i** Om det händer en olycka kan försäkringsbolaget vara ersättningsskyldigt om det t.ex. är fråga om ett olycksfall i arbetet eller en trafikolycka. Rätten till sjukdagpenning kan inte utredas om det inte finns uppgift om huruvida ersättning kommer att betalas också enligt någon annan lag, t.ex. lagen om olycksfall i arbetet och om yrkessjukdomar. Frivilliga försäkringar påverkar i regel inte sjukdagpenningen från FPA.

1. Uppgifter om den sökande

Personbeteckning

Efternamn och förnamn

Telefonnummer

E-postadress

- i** FPA får adressuppgifterna från befolkningsdatasystemet.

2. I vilken situation inträffade olycksfallet eller skadan?

Läs frågorna en i taget och besvara alla ja/nej-alternativ. Besvara även tilläggsfrågan om ditt val förutsätter det. Ge nödvändig beskrivning under punkt 5.

a. På fritiden

 Nej Jab. På **arbetet** eller på väg till eller från arbetet eller det finns misstanke om att du har en yrkessjukdom Nej Ja

Om du svarade Ja, ange om du arbetar

– i eget företag

 Nej Ja

– som anställd eller som lantbruksföretagare

 Nej Ja

c. I trafiken

 Nej Ja

Hurdant motorfordon orsakade skadan? _____

Registernummer, om känt _____

d. Som en följd av **misshandel** eller annat brott Nej Ja

Gärningsmannens namn, om känt _____

Har du gjort polisanmälan?

 Nej Ja; när _____._____._____

Polisinrättning och ort _____

3. Ersättningsskyldighet för olycksfallet

Har du sökt eller fått ersättning från annat håll?

Nej Ja; varifrån (försäkringsbolagets namn)?

4. Tidpunkten för olycksfallet

Ange tidpunkten för olycksfallet så exakt som möjligt

Datum _____._____._____

Klockslag _____

Om det är fråga om en yrkessjukdom ska du precisera hurdan sjukdom det är samt när och hur den konstaterats

5. Beskriv vad som hände och hur skadan uppkom

Komplettera uppgifterna om hur skadan uppkom eller hur olyckan skedde. Hur skadades du och vilka skador uppkom till följd av olyckan? Vilken annan faktor eller vilka andra faktorer inverkade?

6. Underskrift

Datum

Underskrift

