



Du kan göra din ansökan också på nätet  
[www.fpa.fi/etjanst-arbetsgivare](http://www.fpa.fi/etjanst-arbetsgivare)

Närmare information  
[www.fpa.fi/foretagshalsovard/serviceproducent](http://www.fpa.fi/foretagshalsovard/serviceproducent)  
[www.fpa.fi/foretagshalsovard](http://www.fpa.fi/foretagshalsovard)

Kontaktinformation till handläggningsställena finns på  
[www.fpa.fi/foretagshalsovard/kontakt](http://www.fpa.fi/foretagshalsovard/kontakt)



Fyll i blanketten noggrant.

Om vi behöver ytterligare uppgifter kontaktar vi dig.



Med denna blankett ansöker arbetsgivaren om ersättning för kostnader för företagshälsovård som ordnats av arbetsgivaren.  
Om serviceproducenten fyllt i blanketten på förhand ska arbetsgivaren granska och komplettera den med de uppgifter som saknas.

**Ansökningstid:** 6 månader efter utgången av arbetsgivarens bokföringsmässiga räkenskapsperiod

### 1. Uppgifter om arbetsgivaren

Arbetsgivarens FO-nummer  
eller personbeteckning

Arbetsgivarens namn

Verksamhetsställets namn, om arbetsgivaren har flera verksamhetsställen

Arbetsgivarens tidigare namn (ifall en tidigare ansökan gjorts med annat namn)

Tidigare FO-nummer eller personbeteckning

Namnet på arbetsgivarens kontaktperson och företagets telefonnummer

Postadress

Postnummer

Postanstalt

Bokföringsmässig räkenskapsperiod som ansökan gäller \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Arbetsgivarens huvudsakliga bransch enligt Statistikcentralens näringsgrensindelning 2008  
(benämning eller beskrivning)

Branschnummer (5 siffror)

Beslutet om ersättning önskas  på finska  på svenska

### 2. Arbetsgivarens kontonummer

Kontonummer

BIC-kod

Referensnummer eller  meddelande

### 3. Antal anställda på arbetsplatsen



Uppge antalet anställda också för ersättningsklass II, om företagshälsovärdsavtalet omfattar sjukvårdstjänster. Se vid behov närmare anvisningar om hur denna punkt ska fyllas i på [www.fpa.fi/arbetsgivare-foretagshalsovard](http://www.fpa.fi/arbetsgivare-foretagshalsovard)

Antal anställda (arbetspensionsförsäkrade), medeltal av  
antalet på räkenskapsperiodens första och sista dag

Antal arbetsgivarföretagare (FöPL- eller LFöPL-försäkrad)

Antal personer  
i ersättningsklass I

Antal personer  
i ersättningsklass II

Antal personer  
i ersättningsklass I

Antal personer  
i ersättningsklass II

#### 4. Anordnande av företagshälsovårdstjänster

Huvudsaklig serviceproducent har på basis av avtal om företagshälsovården varit

- arbetsgivarens egen företagshälsovårdscentral     en kommunal hälsovårdscentral, ett affärsverk  
 en för flera arbetsgivare gemensam företagshälsovårdscentral  
 en annan sådan enhet (t.ex. en läkarcentral) eller person som har rätt att ge företagshälsovårdsservice

Den huvudsakliga serviceproducentens namn

Serviceproducentens FO-nummer

Namn och adress för den huvudsakliga serviceproducentens verksamhetsställe

När har avtal om anordnande av företagshälsovårdstjänster ingåtts med den huvudsakliga serviceproducenten? \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.

Vad omfattar företagshälsovårdsavtalet?

- Tjänster i ersättningsklass I (förebyggande företagshälsovård)     Därtill tjänster i ersättningsklass II (sjukvård)

Har man därtill kommit överens om distanstjänster?     Ja     Nej

Hur många avtal om företagshälsovård har arbetsgivaren totalt? \_\_\_\_\_ st.

Har den företagshälsovård som anordnas av arbetsgivaren varit avgiftsfri för arbetstagarna?

- Ja     Nej; vilka tjänster har varit avgiftsbelagda för arbetstagarna?

Har det i denna ansökan uppgetts sjukvårdskostnader för vilka man sökt ersättning från annat håll (t.ex. trafikförsäkring, olycksfallsförsäkring, sjukkostnadsförsäkring)?

- Nej     Ja; för vilka kostnader har man ansökt eller fått ersättning?

Har arbetsgivaren kontrollerat att den privata producent av företagshälsovårdstjänster man anlitat har tillstånd att tillhandahålla företagshälsovård (inklusive tillstånd som behövs för arbetsplatsmottagning)?

- Nej     Ja

Om arbetsgivaren har en egen företagshälsovårdscentral, har tjänster tillhandahållits där för andra än den sökandes anställda?

- Nej     Ja

#### 5. Arbetsplatsutredning

Har en arbetsplatsutredning (grundläggande utredning) gjorts?

- Ja     Nej

#### 6. Verksamhetsplan för företagshälsovården

Grundar sig verksamhetsplanen för företagshälsovården på en arbetsplatsutredning (grundläggande utredning)?

- Ja     Nej

Verksamhetsplanen gäller under tiden \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_.

Den ifrågakvarande verksamhetsplanen har ursprungligen godkänts \_\_\_\_\_.

#### Expositions- och belastningsfaktorer

Under den tid som verksamhetsplanen gäller förebyggs skadliga effekter av följande genom arbetsplatsutredning konstaterade belastningsfaktorer med de metoder och medel som står till förfogande inom företagshälsovården:

- fysikaliska     kemiska     biologiska     nattarbete  
 fysiska/ergonomiska     psykiska     sociala     olycksfallsrisker



## 7. Ersättningsklass I/Kostnader för förebyggande företagshälsovård

Resurser	Arbetsplatsutredningar	Information, rådgivning och vägledning	Uppföljning av hälsotillståndet och av arbets- och funktionsförmågan
<b>Yrkesutbildade personer</b>			
Läkare	_____	_____	_____
Hälsovårdare	_____	_____	_____
<b>Distanstjänster</b>			
Läkare	_____	_____	_____
Hälsovårdare	_____	_____	_____
<b>Sakkunniga</b>			
Fysioterapeuter	_____	_____	_____
Psykologer	_____	_____	_____
Specialläkare	_____	_____	_____
<b>Distanstjänster</b>			
Fysioterapeuter	_____	_____	_____
Psykologer	_____	_____	_____
Specialläkare	_____	_____	_____
<b>Andra sakkunniga</b>			
Arbetshygien	_____	_____	_____
Ergonomi	_____	_____	_____
Teknik	_____	_____	_____
Lantbruk	_____	_____	_____
Synergonomi	_____	_____	_____
Talterapi	_____	_____	_____
Näringsterapi	_____	_____	_____
Sociala området	_____	_____	_____
Motion	_____	_____	_____
<b>Distanstjänster</b>			
Arbetshygien	_____	_____	_____
Ergonomi	_____	_____	_____
Teknik	_____	_____	_____
Lantbruk	_____	_____	_____
Synergonomi	_____	_____	_____
Talterapi	_____	_____	_____
Näringsterapi	_____	_____	_____
Sociala området	_____	_____	_____
Motion	_____	_____	_____
<b>Undersökningar</b>			
Laboratorieundersökningar	_____	_____	_____
Bilddiagnostik	_____	_____	_____

### Totalt

#### Kostnader totalt

- i** Uppge under andra driftskostnader
- resekostnader i anslutning till företagshälsovård
  - allmänna avgifter eller grundavgifter som hänför sig till ersättningsklass I
  - kostnader för beredskap för första hjälpen
  - vaccineringar som behövs för arbetet.

Uppge som inkomster som avdras de inkomster av företags-hälsovårdscentralens verksamhet som hänför sig till ersättningsklass I.

Se närmare anvisningar på [www.fpa.fi/foretagshalsovard](http://www.fpa.fi/foretagshalsovard)

#### Andra resurser

Andra driftskostnader \_\_\_\_\_  
 Anläggningskostnader (arbetsgivarens egen företagshälsovårdscentral) \_\_\_\_\_

#### Inkomster som avdras

#### Kostnader i ersättningsklass I, totalt

## 8. Ersättningsklass I/Verksamhetsuppgifter för förebyggande företagshälsovård

	Arbetsplatsutredningar		Information, rådgivning och vägledning		Uppföljning av hälsotillståndet och av arbets- och funktionsförmågan	
	Arbetsplatsutredningar (tim.)	Rådgivning och vägledning, gruppnivå (tim.)	Besök för rådgivning och vägledning, individnivå (st.)	Hälsoundersökningsbesök på basis av särskild fara för ohälsa (st.)	Övriga hälsoundersökningar (st.)	
<b>Resurser</b>						
<b>Yrkesutbildade personer</b>						
Läkare	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Hälsovårdare	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>Distanstjänster</b>						
Läkare	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Hälsovårdare	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>Sakkunniga</b>						
Fysioterapeuter	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Psykologer	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Specialläkare	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>Distanstjänster</b>						
Fysioterapeuter	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Psykologer	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Specialläkare	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>Andra sakkunniga</b>						
Arbetshygien	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ergonomi	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Teknik	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Lantbruk	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Synergonomi	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Talterapi	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Näringssterapi	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Sociala området	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Motion	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>Distanstjänster</b>						
Arbetshygien	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ergonomi	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Teknik	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Lantbruk	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Synergonomi	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Talterapi	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Näringssterapi	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Sociala området	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Motion	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>Undersökningar</b>						
Laboratorieundersökningar	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Bilddiagnostik	_____	_____	_____	_____	_____	_____



## 9. Ersättningsklass II/Kostnader för sjukvård och annan företagshälsovård

Resurser	Kostnader för sjukvård	Kostnader för annan hälsovård
<b>Yrkesutbildade personer</b>		
Läkare	_____	_____
Hälsovårdare	_____	_____
<b>Distanstjänster</b>		
Läkare	_____	_____
Hälsovårdare	_____	_____
<b>Sakkunniga</b>		
Fysioterapeuter	_____	_____
Psykologer	_____	_____
Specialläkare	_____	_____
<b>Distanstjänster</b>		
Fysioterapeuter	_____	_____
Psykologer	_____	_____
Specialläkare	_____	_____
<b>Undersökningar</b>		
Laboratorieundersökningar	_____	_____
Bilddiagnostik	_____	_____
<b>Totalt</b>		

### Kostnader totalt

- i** Uppge under andra driftskostnader  
 – allmänna avgifter eller grundavgifter som hänför sig till ersättningsklass II  
 – vaccin för medicinska riskgrupper (inte besök).  
 Uppge som inkomster som avdras de inkomster av företags-hälsovårdscentralens verksamhet som hänför sig till ersättningsklass II.  
 Se närmare anvisningar på [www.fpa.fi/foretagshalsovard](http://www.fpa.fi/foretagshalsovard)

### Andra resurser

Andra driftskostnader \_\_\_\_\_

Anläggningskostnader (arbetsgivarens egen företagshälsovårdscentral) \_\_\_\_\_

### Inkomster som avdras

Kostnader i ersättningsklass II, totalt \_\_\_\_\_

## 10. Ersättningsklass II/Verksamhetsuppgifter för sjukvård och annan företagshälsovård

Resurser	Sjukvård	Annan hälsovård
	Sjukvårdsbesök (st.)	Besök som hänför sig till annan hälsovård (st.)
<b>Yrkesutbildade personer</b>		
Läkare	_____	_____
Hälsovårdare	_____	_____
<b>Distanstjänster</b>		
Läkare	_____	_____
Hälsovårdare	_____	_____
<b>Sakkunniga</b>		
Fysioterapeuter	_____	_____
Psykologer	_____	_____
Specialläkare	_____	_____
<b>Distanstjänster</b>		
Fysioterapeuter	_____	_____
Psykologer	_____	_____
Specialläkare	_____	_____
<b>Undersökningar</b>		
Laboratorieundersökningar	_____	_____
Bilddiagnostik	_____	_____



## 11. Kostnader

---

Ersättningsklass I \_\_\_\_\_ euro

Ersättningsklass II \_\_\_\_\_ euro

Ersättningsklasserna I och II totalt \_\_\_\_\_ euro

## 12. Utlåtande om ersättningsansökan

---

- i** En förutsättning för att ersättning ska betalas är att handlingarna för ersättningsansökan har behandlats genom samarbetsförfarande, i arbetarskyddskommissionen eller i samråd med skyddsombudet.

Har arbetstagarnas representant beretts möjlighet att ge ett utlåtande om handlingarna för ersättningsansökan?

Ja  Nej

## 13. Ytterligare uppgifter

---

- i** Redogör och specificera närmare om t.ex. räkenskapsperiodens längd är en annan än 12 månader, antalet arbetstagare har varierat avsevärt under räkenskapsperioden (ange antal månadsvis), anläggningskostnader har uppgetts i kostnader för arbetsgivarens egen företagshälsovårdscentral eller inkomster har fåtts av försäljning av företagshälsovårdstjänster eller annat som har att göra med ansökan. Se närmare anvisningar på [www.fpa.fi/foretagshalsovard](http://www.fpa.fi/foretagshalsovard)

Ytterligare uppgifter på ett separat papper. Uppge arbetsgivarens FO-nummer eller personbeteckning också på pappret.

## 14. Kontaktpersoner

---

- i** Personer som kan ge ytterligare information om uppgifterna i denna ansökan.

Företrädare för arbetsgivaren; namn, telefonnummer och e-postadress

Företrädare för producenten av företagshälsovårdstjänster; namn, telefonnummer och e-postadress

## 15. Underskrift

---

Jag försäkrar att uppgifterna i denna ansökan är riktiga och att beloppen grundar sig på bokföringen för den räkenskapsperiod som ansökan gäller.

Datum

Sökandens namn, underskrift och namnförtydligande

