

Arbetsgivarens FO-nummer

ANSÖKNINGSTID 6 månader efter räkenskapsperiodens slut

1
SÖKANDE

Arbetsgivarens namn

Verksamhetsställets namn

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

Tidigare FO-nummer

Namnet på arbetsgivarens kontaktperson

Postadress

Postnummer

Postanstalt

Räkenskapsperiod som ansökan gäller

Beslutet om ersättning önskas

____.____.____ - ____ . ____ . ____

på finska

på svenska

2
BETALNINGS-
ADRESS

IBAN-kontonummer

BIC-kod

Referensnummer eller

meddelande

3
BRANSCH OCH
ANTAL
ANSTÄLLDA

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

Branschnummer (5 siffror)

Antal anställda (medeltalet av antalet anställda vid räkenskapsperiodens början och slut)

i ersättnings-
klass I _____

i ersättnings-
klass II _____

Antal företagare (FöPL- eller LFöPL-försäkrade)

i ersättnings-
klass I _____

i ersättnings-
klass II _____

4
ANORDNAD
FÖRETAGS-
HÄLSOVÅRD

Huvudsaklig serviceproducent har på basis av avtal om företagshälsovården varit

arbetsgivarens egen företagshälsovårdscentral

en för flera arbetsgivare gemensam företags-hälsovårdscentral

en kommunal hälsovårdscentral, ett affärsverk

en annan sådan enhet (t.ex. en läkarcentral) eller person som har rätt att ge företagshälsovårdsservice

Den huvudsakliga serviceproducentens namn och verksamhetsenhetens namn

Serviceproducentens FO-nummer

Med den huvudsakliga serviceproducenten har avtal om anordnande av företagshälsovårdstjänster ingåtts ____ . ____ . ____

Det ovannämnda avtalet innehåller

tjänster i ersättningsklass I

och dessutom tjänster i ersättningsklass II

Har arbetsgivaren kontrollerat att den privata serviceproducent som anlitas har tillstånd att tillhandahålla företagshälsovårdstjänster?

Ja

Nej

Har tjänster på arbetsgivarens egen företagshälsovårdscentral tillhandahållits för andra än sökandens anställda?

Nej

Ja

Arbetsgivare med flera verksamhetsställen har totalt _____ företagshälsovårdsavtal

5 VERKSAMHETSPLAN FÖR FÖRETAGSHÄLSOVÅRDEN

Verksamhetsplanen för företagshälsovården grundar sig på en arbetsplatsutredning. Har en grundläggande utredning gjorts?

Ja Nej

Verksamhetsplanen gäller under tiden ____ . ____ . ____ – ____ . ____ . ____

Verksamhetsplanen har 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

Mål

De tre viktigaste målen för företagshälsovården under den tid som verksamhetsplanen gäller

1.

2.

3.

6 SAMARBETE PÅ ARBETSPLATSEN OCH UTLÅTANDE OM ERSÄTTNINGANSÖKAN

Har en arbetarskyddskommission valts på arbetsplatsen? Ja Nej

Har ett skyddsombud valts på arbetsplatsen? Ja Nej

På basis av rapporter och sammandrag från företagshälsovården har de nedannämnda punkterna i ersättningsansökan behandlats på arbetsplatsen:

- Uppgifter om genomförandet (punkt 7) och
- Utvärdering och uppföljning av kvalitet och effektivitet (punkt 8).

Handlingarna för ansökan om kostnadsersättning har behandlats i arbetarskyddskommissionen eller i samråd med skyddsombudet eller inom ramen för ett annat samarbetsförfarande som ersätter dessa.

Utlåtande om ersättningsansökan har givits ____ . ____ . ____

7 UPPGIFTER OM GENOMFÖRANDET

Verksamhet på individnivå	Ja	Nej
I samband med hälsoundersökningar uppgörs hälsovårdsplaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planer för främjande av handikappade arbetstagares arbetsförmåga uppgörs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabiliteringsplaner uppgörs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verksamhet på arbetsplatsnivå	Ja	Nej
Åtgärdsförslag har gjorts på basis av arbetsplatsutredning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verksamhet med råd och vägledning i grupp anordnas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verksamhetsmetoder för drog förebyggande arbete och för tidiginsatser är i bruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Upprätthållande, uppföljning och tidigt stödjande av arbetsförmågan:		
- gemensamma hanteringsmetoder för arbetsplatsen och företagshälsovården är i bruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 UTVÄRDERING OCH UPPFÖLJNING AV KVALITET OCH EFFEKTIVITET

Företagshälsovårdsverksamheten på arbetsplatsen har utvärderats genom uppföljning av	Uppföljning görs på överenskommet sätt	Ingen uppföljning görs
- åtgärdernas effekter i arbetsmiljön och arbetsgemenskapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- den exponering och belastning som arbetstagarna utsätts för	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- arbetstagarnas hälsotillstånd och arbetsförmåga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sjukdomar som beror på eller hänför sig till arbetet (arbetsolycksfall, yrkessjukdomar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- arbetstagarnas sjukfrånvaro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- företagshälsovårdens egna verksamhetsmetoder (kvalitet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- hur målen uppnås och åtgärdsförslagen genomförs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kundtillfredsställelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ersättningsklass I

9 Arbetsgivarens kostnader för företagshälsovård under räkenskapsperioden

Resurser	Arbetsplatsutredningar	Information, rådgivning och vägledning	Uppföljning av hälsotillståndet och av arbets- och funktionsförmågan
Yrkesutbildade personer			
Läkare			
Hälsovårdare			
Sakkunniga			
Fysioterapeuter			
Psykologer			
Specialläkare			
Andra sakkunniga			
Arbetshygien			
Ergonomi			
Teknik			
Lantbruk			
Synergonomi			
Talterapi			
Näringsterapi			
Sociala området			
Motion			
Undersökningar			
Laboratorieundersökningar			
Bilddiagnostik			
Totalt			
		Kostnader totalt	
		Andra resurser	
		Andra driftskostnader	
		Anläggningskostnader	
		Inkomster som avdras	
		Kostnaderna i ersättningsklass I, totalt	

10 Verksamhetsuppgifter som hänför sig till företagshälsovård

Resurser	Arbetsplatsutredning	Information, rådgivning och vägledning		Uppföljning av hälsotillståndet och av arbets- och funktionsförmågan	
	Arbetsplatsutredning (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.)
Yrkesutbildade pers.					
Läkare					
Hälsovårdare					
Sakkunniga					
Fysioterapeuter					
Psykologer					
Specialläkare					
Andra sakkunniga					
Arbetshygien					
Ergonomi					
Teknik					
Lantbruk					
Synergonomi					
Talterapi					
Näringsterapi					
Sociala området					
Motion					
Undersökningar					
Laboratorieundersökningar					
Bilddiagnostik					

Ersättningsklass II**11 Arbetsgivarens kostnader för sjukvård och annan hälsovård under räkenskapsperioden**

Resurser	Kostnader för sjukvård	Kostnader för annan hälsovård
Yrkesutbildade personer		
Läkare		
Hälsovårdare		
Sakkunniga		
Fysioterapeuter		
Psykologer		
Specialläkare		
Undersökningar		
Laboratorieundersökningar		
Bilddiagnostik		
Totalt		
Kostnader totalt		

Andra resurser	
Andra driftskostnader	
Anläggningskostnader	
Inkomster som avdras	
Kostnaderna i ersättningsklass II, totalt	

12 Verksamhetsuppgifter som hänför sig till sjukvård och annan hälsovård

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

13
KOSTNADER

Kostnader för vilka ersättning söks

Ersättningsklass I _____ euro

Ersättningsklass II _____ euro

Ersättningsklasserna I och II totalt _____ euro

Under den period som ansökan gäller har företagshälsovårdskostnadernas fördelning per ersättningsklass varit följande:

_____ % i klass I _____ % i klass II

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

Ja Nej; vilka tjänster har varit avgiftsbelagda?

Har ersättning sökts från annat håll för de sjukvårdskostnader som uppgetts i denna ansökan (t.ex. trafikförsäkring, olycksfallsförsäkring, sjukkostnadsförsäkring)?

Nej Ja; varifrån?

14
YTTERLIGARE
UPPGIFTER

15
KONTAKT-
UPPGIFTER

Namn och telefonnummer för den person som besvarar frågor om kostnaderna (arbetsgivarens företrädare)

Namn och telefonnummer för den person som besvarar frågor om verksamhetsuppgifterna (serviceproducentens företrädare)

16
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