

Närmare information på www.fpa.fi/rehabilitering

Fyll i blanketten noggrant.

Om vi behöver ytterligare uppgifter kontakter vi dig.

Posta blanketten på adressen

Folkpensionsanstalten, PB 10, 00056 FPA.

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

i Blanketten fylls i av den som fattar rehabiliteringsbeslutet.

Ansökningstid: Klienten ska ansöka om rehabiliteringspenning inom sex månader från den dag förmånen önskas.

1. Uppgifter om klienten

Personbeteckning Efternamn och förnamn

2. Uppgifter om anhörig eller närstående som deltar i rehabiliteringen

Personbeteckning Efternamn och förnamn

Personbeteckning Efternamn och förnamn

3. Uppgifter om rehabiliteringen

Vilken rehabilitering gäller beslutet?

Var genomförs rehabiliteringen?

Har serviceproducenten behövliga tillstånd och ändamålsenliga lokaler? Deltar yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården i genomförandet av rehabiliteringen?



För att rehabiliteringspenning ska kunna beviljas förutsätts att rehabiliteringstjänsten uppfyller de allmänna krav som ställs på den.

 Ja Nej. Specificera, varför inte?

Är syftet med rehabiliteringen att klienten ska hållas kvar i, komma ut i eller återgå till arbetslivet?

 Ja Nej. Specificera, varför inte?

Rehabiliteringstid

_____ - _____ , _____ - _____ ,
_____ - _____ , _____ - _____ .

4. Grund för rehabiliteringen

i Välj av följande alternativ på vilken grund rehabiliteringsbeslutet fattas.

Individuell rehabilitering

- Socialvårdslagen (Fyll också i punkt 4a.)
- Lagen om företagshälsovård
 - Konditionshöjande rehabilitering eller annan rehabilitering (Fyll också i punkt 4b.)
 - Arbetsprövning (Fyll också i punkt 4c.)
- Hälso- och sjukvårdslagen (Fyll också i punkt 4a, om det är fråga om missbrukarrehabilitering eller beroenderehabilitering.)

Familjerehabilitering

- Lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda
- Barnskyddslagen
 - Familjerehabilitering i slutna vård
 - Boendeservice
- Socialvårdslagen (missbrukar- eller beroenderehabilitering)
- Hälso- och sjukvårdslagen (missbrukar- eller beroenderehabilitering)

Åland: Om missbrukarrehabilitering ordnas av landskapet Åland kan rehabiliteringsbeslutet fattas enligt lagen om missbrukarvård.

- Individuell rehabilitering
 - Rehabiliteringen grundar sig på en vård- och rehabiliteringsplan
- Familjerehabilitering

4a) Missbrukar- eller beroenderehabilitering i slutna vård enligt socialvårdslagen eller hälso- och sjukvårdslagen

Baserar sig missbrukarrehabiliteringen på en klient- eller rehabiliteringsplan?

- Ja
- Nej

4b) Lagen om företagshälsovård: Konditionshöjande rehabilitering eller annan rehabilitering

Grundar sig rehabiliteringen på problem med arbetsförmågan som observerats inom företagshälsovården?

- Ja
- Nej

Deltar arbetsgivaren i rehabiliteringskostnaderna?

- Ja. Specificera vilka kostnader det är fråga om _____
I vilken utsträckning deltar arbetsgivaren? _____ euro.
- Nej
- Företagaren betalar sin rehabilitering delvis eller helt och hållet.

4c) Lagen om företagshälsovård: Arbetsprövning som arbetsgivaren ordnat

i Beviljande av rehabiliteringspenning förutsätter att arbetstagarens arbetsuppgifter ändras och att arbetstagaren får lön för arbetet. Rehabiliteringspenning kan betalas för tid med arbetsprövning för högst 45 vardagar.

- Arbetsgivaren och företagshälsovården har undersökt klientens situation och konstaterat att arbetsprövning enligt lagen om företagshälsovård är aktuell. Arbetsprövningen utgör rehabilitering i ett tidigt skede.
- Det är inte aktuellt med arbetspensionsrehabilitering.
- Klienten har inte rätt till arbetspensionsrehabilitering.

Betalar arbetsgivaren lön under arbetsprövningen?

- Ja
- Nej

Hur ändras arbetsuppgifterna?

- Arbetsuppgifterna är helt nya.
- De tidigare arbetsuppgifterna ändras väsentligt. Berätta hur.

-
- De tidigare arbetsuppgifterna fortsätter med specialarrangemang. Berätta hurdana specialarrangemang som vidtas.

5. Rehabiliteringsbeslutet har fattats av

Namn _____

Tjänste- eller yrkesställning och organisation _____

Beslutets datum _____

Kontaktuppgifter för FPA

Telefonnummer _____

E-postadress _____

Ort och datum _____

Underskrift och namnförtydligande _____