



Närmare information på
www.fpa.fi/foretagshalsovard

Kontaktinformation till handlägningsställena finns på
www.fpa.fi/foretagshalsovard/kontakt



Fyll i blanketten noggrant.

Om vi behöver ytterligare uppgifter kontaktar vi dig.

i Med den här blanketten kan du som företagare eller lantbruksföretagare söka ersättning för följande kostnader som du haft för att ordna företagshälsovård endast för dig själv:

- förstahjälpsutrustning och förstahjälpsutbildning som en yrkesutbildad person inom företagshälsovården ansett vara nödvändig och kostnaderna för detta
- resekostnader i anslutning till företagshälsovårdsbesök.

Ersättning för kostnader för att ordna företagshälsovård kan endast betalas om

- du betalar FöPL-försäkring och/eller LFöPL-försäkring
- du har ett gällande skriftligt avtal med en producent av företagshälsovårdstjänster
- arbetsplatsutredning eller gårdsbesök jämte rapporter har gjorts
- verksamhetsplanen för företagshälsovården är uppdaterad och grundar sig på en arbetsplatsutredning.

Ansökningstid: 6 månader från det att kostnaderna betalades

1. Uppgifter om företagaren

Personbeteckning _____ Efternamn och fönamn _____

Telefonnummer _____ E-postadress _____

i FPA får adressuppgifterna från befolkningsdatasystemet.

Bransch och branschnummer _____

Jag betalar FöPL-försäkring och/eller LFöPL-försäkring

2. Kontonummer

i Kontonummer till vilket du önskar få ersättningen inbetald. Om bankkontot är utländskt ska du också ange BIC-koden.

Om du vill kan du meddela referensnummer
eller uppgift för meddelandefältet: _____

i Du kan ge ett företag eller en annan person fullmakt att ta emot den ersättning som beviljas dig.
Ange uppgifter för fullmaktstagaren i punkt 9. Fullmakt.

3. Basuppgifter om företagarens avtal om företagshälsovård och de tjänster som ingår

Uppgifter om producenten av företagshälsovårdstjänster och innehållet i avtalet om företagshälsovård

Ett avtal om företagshälsovård har gjorts

med en kommunal hälsovårdscentral

med en privat producent av företagshälsovård

Producent av företagshälsovårdstjänster med vilken du ingått avtal om företagshälsovård

Verksamhetsställe där du getts företagshälsovård

Verksamhetsställets adress

Avtalet om företagshälsovård innehåller

förebyggande företagshälsovårdstjänster (t.ex. arbetsplatsutredning genomförd av företagshälsovården, verksamhetsplan, hälsoundersökningar)

sjukvårdstjänster (t.ex. sjukvård given av företagshälsovårdare eller läkare)

Har man därtill kommit överens om distanstjänster?

Ja

Nej

Uppgifter om arbetsplatsutredning och verksamhetsplan för företagare

i Verksamhetsplanen för företagshälsovården ska grunda sig på en arbetsplatsutredning.

En arbetsplatsutredning har gjorts (gårdsbesök hos lantbruksföretagare)

Ja

Nej

Giltighetstiden för den verksamhetsplan som uppgjorts för företagshälsovården _____.

När har verksamhetsplanen ursprungligen godkänts? _____

4. Förstahjälpsutrustning och förstahjälpsutbildning i anslutning till arbetet

i Du kan få ersättning för de här kostnaderna endast om en yrkesutbildad person inom företagshälsovården utgående från en arbetsplatsutredning/ett gårdsbesök har bedömt behovet av förstahjälpsutrustning och förstahjälpsutbildning.

Har en yrkesutbildad person inom företagshälsovården bedömt behovet av förstahjälpsutrustning och förstahjälpsutbildning, och har bedömningen skrivits in i verksamhetsplanen för företagshälsovården?

Ja

Nej

Specificera i detalj den förstahjälpsutrustning och den förstahjälpsutbildning som du skaffat. Bifoga vid behov fakturaspecifikationer.

T.ex. förbandsmaterial, första hjälpen-skåp eller första hjälpen-väska med basutrustning, grundkurs i första hjälpen.

Betalningsdag

Kostnader
(utan mervärdesskatt)

	Betalningsdag	Kostnader (utan mervärdesskatt)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Kostnader sammanlagt för förstahjälpsutrustning och förstahjälpsutbildning _____



5. Resor

i Du kan söka ersättning för resekostnader vid besök i samband med företagshälsovård.

Ange separat resor i samband med företagshälsovårdskontroller och förstahjälpsutbildning samt sjukvård.

Företagshälsovårdskontroll och/eller undersökningsbesök i samband med den, handlednings- och rådgivningsbesök individuellt
(t.ex. handledning och/eller rådgivning av fysioterapeut) **eller i grupp** (t.ex. förstahjälpsutbildning)

Resedag	Färdväg	Färdmedel	Km	Kostnader (utan mervärdesskatt)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
Kostnader totalt				_____

Sjukvård (t.ex. läkarmottagning, fysioterapibesök) **och/eller undersökningsbesök i anslutning till den**

Resedag	Färdväg	Färdmedel	Km	Kostnader (utan mervärdesskatt)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
Kostnader totalt				_____

6. Bilagor

Eventuella bilagor, vilka? T.ex. fakturaspecifikation.

7. Övriga upplysningar

i Ange med en siffra vilken punkt på blanketten du hänvisar till.

8. Underskrift

Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga.

Ort och datum

Företagarens/Egenföretagarens underskrift och namnförtydligande

9. Fullmakt

Jag befullmäktigar härmed nedan nämnda företag eller person att lyfta min ersättning.

Det befullmäktigade företagets namn och FO-nummer eller den befullmäktigade personens namn och personbeteckning

Det befullmäktigade företagets eller den befullmäktigade personens adress

Postnummer

Postanstalt

Det befullmäktigade företagets eller den befullmäktigade personens kontonummer

Företagets företrädares namn och telefonnummer

Ort och datum

Företagarens underskrift och namnförtydligande

