



Om du har frågor kan du ringa vår telefonservice
(www.fpa.fi/samarbetspartner-kundservice).



Fyll i blanketten noggrant.
Om vi behöver ytterligare uppgifter tar vi kontakt.
Posta blanketten på adressen
Folkpensionsanstalten, PB 10, 00056 FPA.

i Framställan om utbetalning av förmån till välfärdsområdet
(FPL 67 §, PBL 28 §, PSL 21 §, HFL 26 §, SFL 15 kap. 12 §, FRPL 48 §, GPL 18 §, UAL 11 kap. 9 §)

1. Uppgifter om förmånstagaren

Personbeteckning Efternamn och förnamn

2. Förmån som ska betalas till välfärdsområdet

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bostadsbidrag för pensionstagare | <input type="checkbox"/> Rehabiliteringspenning | <input type="checkbox"/> Garantipension |
| <input type="checkbox"/> Vårdbidrag för pensionstagare | <input type="checkbox"/> Barnförhöjning | <input type="checkbox"/> Arbetslöshetsförmån |
| <input type="checkbox"/> Handikappbidrag för personer över 16 år | <input type="checkbox"/> Familjepension | <input type="checkbox"/> Alla förmåner |
| <input type="checkbox"/> Folkpension | <input type="checkbox"/> Dagpenningförmån från sjukförsäkringen | |

3. Framställan görs av

- Välfärdsområdet Förmånstagaren Maken (make/maka/sambo/registrerad partner)
 Annan, vem?

4. Motivering

På vilket sätt äventyras förmånstagarens eller familjens försörjning av att förmånen betalas till förmånstagaren själv?

i Denna punkt fylls i endast om framställan gäller utbetalning av bostadsbidrag för pensionstagare till välfärdsområdet.
På vilket sätt äventyras en regelbunden betalning av hyra och andra boendeutgifter av att bostadsbidraget betalas till förmånstagaren själv?

Uppgifter om betalningsmottagaren (Punkterna 5 och 6 fylls i av företrädaren för välfärdsområdet)

5. Välfärdsområdets kontonummer

Förmånen föreslås betalas till välfärdsområdet på följande konto. Ange om det är fråga om ett Virhokonto.

6. Underskrift

Organ inom välfärdsområdet

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

Ort och datum

Underskrift

Ytterligare uppgifter ges av (personens namn och telefonnummer)

Punkt 7 fylls i om framställan görs av förmånstagaren, maken/makan/sambon/den registrerade partnern eller en annan person

7. Underskrift av den som gör framställan

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

Ort och datum

Underskrift
