



Du kan meddela de här uppgifterna också via nätet (www.fpa.fi/forfragan-om-fpa-formaner).

Närmare information på www.fpa.fi/valfardsomraden



Om du har frågor kan du ringa vår telefontjänst (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** Med blanketten söks betalning av förmån till välfärdsområdet
 - enligt 23 § i lagen om utkomststöd
 - enligt 14 § i klientavgiftslagen om förmånstagaren får serviceboende med heldygnsomsorg, familjevård, institutionsvård eller service på en institution som ordnas av välfärdsområdet.
- i** Blanketten kan fyllas i och undertecknas endast av en företrädare för välfärdsområdet.

1. Uppgifter om förmånstagaren

Personbeteckning

Efternamn och förmamn

2. Förmån som ska uppbäras

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Handikappbidrag för personer över 16 år | <input type="checkbox"/> Barnbidrag |
| <input type="checkbox"/> Handikappbidrag för personer under 16 år | <input type="checkbox"/> Barnvårdsstöd |
| <input type="checkbox"/> Underhållsbidrag | <input type="checkbox"/> Studiestöd |
| <input type="checkbox"/> Underhållsstöd | <input type="checkbox"/> Sjukdagpenning/Partiell sjukdagpenning |
| <input type="checkbox"/> Vårdbidrag för pensionstagare | <input type="checkbox"/> Garantipension |
| <input type="checkbox"/> Pensionsstöd | <input type="checkbox"/> Arbetslöshetsförmåner |
| <input type="checkbox"/> Bostadsbidrag för pensionstagare | <input type="checkbox"/> Föräldradagpenningar |
| <input type="checkbox"/> Specialvårdspenning | <input type="checkbox"/> Allmänt bostadsbidrag |
| <input type="checkbox"/> Folkpension (rehabiliteringsstöd, sjukpension, ålderspension) | <input type="checkbox"/> Annat, vad? |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitering (anslag för studiematerial) | |
| <input type="checkbox"/> Rehabiliteringspenning | <input type="checkbox"/> Alla förmåner |

3. Utkomststöd

- i** Fyll i denna punkt endast om välfärdsområdet uppbär förmånen som ersättning för det utkomststöd personen beviljats i förskott.

Tidsperiod för vilken förmånen uppbärs samt beloppet

4. Uppbärning enligt klientavgiftslagen

- i** Fyll i denna punkt endast om välfärdsområdet uppbär förmånen som ersättning för den institutions- eller familjevård, den institutionservice eller det serviceboende med heldygnsomsorg som personen har fått (14 § i klientavgiftslagen).

Enhetens eller familjevårdsställets namn

Tidsperiod för vilken förmånen uppbärs samt beloppet

5. Välfärdsområdets betalningsadress

Välfärdsområdets namn

Kontonummer. Ange om det är fråga om ett Virhokonto.

Referensnummer

- i** Referensnumret förmedlas till välfärdsområdets kontoutdrag. Uppgiften är inte obligatorisk.

6. Övriga upplysningar

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

7. Underskrift

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

Ort och datum

Underskrift

Namnet på och telefonnummer och e-postadress till den person som sköter ärendet.