

1 Sökande

| | | | |
|-----------------------|-----------------|---|---|
| Efternamn och förnamn | | Personbeteckning | |
| Näradress | | | |
| Postnummer | Postanstalt | Grundprocent vid innehållning av skatt på lön | % |
| E-postadress | Mobiltelefon | | |
| Telefon hem | Telefon arbetet | | |

2 Betalningsadress för rehabiliteringsförmåner

| | |
|---------------------|--------------------------|
| Bank och bankkontor | Fullständigt kontonummer |
|---------------------|--------------------------|

3 Plan för yrkesinriktad rehabilitering**Rehabiliteringsåtgärd som söks**

| | |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arbetsprövning / arbetsträning | |
| Arbetsplatsens namn | |
| Adress | Telefon |
| Arbetsprövningen/arbetsträningen börjar | Upphör |
| Arbetsuppgifter | |
| Arbetsprövningens/arbetsträningens syfte | |
| <input type="checkbox"/> Utbildning | |
| Planerad utbildning, omfattningen i studieveckor eller i studiepoäng samt läroanstalt | |
| Utbildningsprogrammet börjar | Utbildningsprogrammet upphör |
| <input type="checkbox"/> Utredning av alternativa yrkesinriktade rehabiliteringsformer | |
| Syfte | |
| <input type="checkbox"/> Hjälpmedel för att underlätta lantbruksföretagarens arbete | |
| Om Ni är lantbruksföretagare, vilka hjälpmedel för att underlätta arbetet tror Ni att Ni behöver för att kunna fortsätta företagarens verksamhet? | |
| <input type="checkbox"/> Annat; vad? | |

4 Personer som deltagit i planeringen av den yrkesinriktade rehabiliteringen

| | |
|-----------------------------------|---------|
| Arbetsgivarens representant | Yrke |
| Arbetsplats | Telefon |
| Företagshälsovårdens representant | Yrke |
| Arbetsplats | Telefon |
| Arbetskraftsbyråns representant | Yrke |
| Arbetsplats | Telefon |

5 Utbildningsbakgrund

| |
|---|
| Er grundutbildning |
| Er egentliga yrkesutbildning (examina, yrkesutbildning, vilken linje, när?) |
| Annan utbildning (t.ex. kurser, när?) |

6 Det senaste anställnings- eller tjänsteförhållandet

| | | |
|---|---|---|
| Arbetsgivarens namn och adress | | |
| Telefon (även riktnummer) | | |
| Era arbetsuppgifter i denna anställning | | |
| Anställningen började, datum | Anställningen Fram till, datum? <input type="checkbox"/> fortgår | Anställningen När, datum? <input type="checkbox"/> har upphört |

7 Samtycke

Pensionsanstalten har enligt lag rätt att få uppgifter som behövs för att behandla rehabiliteringsärendet, bl.a. av arbetsgivaren, hälsocentralen, specialsjukvården, Folkpensionsanstalten och av skattemyndigheterna.

Sådana uppgifter som inte kan fås med stöd av lag, skaffas och utlämnas endast med Ert samtycke. Detta samtycke gäller tills vidare. Ni kan senare skriftligt återta det samtycke Ni redan har gett, varefter pensionsanstalten inte längre skaffar eller lämnar ut uppgifter, om inte lagstiftningen ger rätt till det.

Jag samtycker till att den pensionsanstalt som sköter mitt rehabiliteringsärende skaffar och lämnar ut uppgifter som gäller mig och som behövs för att planera och genomföra rehabiliteringen.

Mitt samtycke gäller följande instanser:

| Ja | Nej | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alla nedan nämnda instanser (då behöver endast denna punkt kryssas för) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Företagshälsovården på min arbetsplats |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Läkare som deltar i min hälso- eller sjukvård, yrkesperson inom den övriga hälsovården, sjukhus eller hälsocentral |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rehabiliteringsinrättningen om den deltar i utredningen av mina möjligheter till rehabilitering |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Min egen arbetsgivare. Uppgifterna om mitt hälsotillstånd får dock inte ges till min arbetsgivare |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Arbetsgivare som erbjuder en arbetsprövnings- eller arbetsträningsplats för mig, om arbetsprövning eller arbetsträning ordnas för mig. Uppgifter om mitt hälsotillstånd får inte lämnas ut. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Arbetskraftsbyrån, om den deltar i utredningen av mina möjligheter till rehabilitering |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Läroanstalten eller läroavtalsbyrån om den medverkar i rehabiliteringen |

8 Underskrift

Jag förbinder mig att i mån av möjlighet främja genomförandet av min rehabiliteringsplan samt att omedelbart meddela pensionsanstalten om alla förändringar i samband med mitt ärende.

Jag samtycker till att banken återbördar rehabiliteringsförmåner som utan grund betalats in på mitt konto till den som betalat ut rehabiliteringsförmånen.

| | |
|---------------|---|
| Ort och datum | Sökandens underskrift och namnförtydligande |
|---------------|---|