



Du kan lämna in din ansökan och bilagorna också i e-tjänsten MittFPA: www.fpa.fi.



Skicka ansökan och bilagorna till adressen Folkpensionsanstalten, PB 10, 00056 FPA.

- ⓘ Om du har flyttat till Finland och inte tidigare har ansökt om förmåner hos FPA, ska du dessutom fylla i blankett Y 77r. Om du är på väg utomlands, ska du också fylla i blankett Y 38r.

Ansökningstid: Rehabilitering ersätts tidigast från början av den månad då ansökan inkommit till FPA.

1. Uppgifter om klienten

Personbeteckning Efternamn och förnamn

Telefonnummer

E-postadress

Näradress

Postnummer

Postanstalt

2. Ansökan

- ⓘ Den rehabilitering som söks ska basera sig på en rehabiliteringsplan som gjorts upp inom den offentliga hälso- och sjukvården.

Jag söker i enlighet med rehabiliteringsplanen

☐ terapi; fyll i punkterna 2-7 och 9 ☐ en rehabiliterings- eller anpassningskurs; fyll i punkterna 2-7 och 10

☐ multiprofessionell individuell rehabilitering. Fyll i punkterna 2-8.

Mitt behov av rehabilitering påverkas av en sjukdom eller funktionsnedsättning som beror på

☐ en trafikskada ☐ ett arbetsolycksfall/en yrkessjukdom ☐ en militärskada/tjänstgöringsrelaterad sjukdom

Ange försäkringsbolagets namn och skadenumret: _____

3. Modersmål

Vilket är ditt modersmål?

☐ Finska ☐ Svenska ☐ Samiska, vilket samiskt språk? _____

☐ Annat, vilket? _____

- ⓘ Om du behöver tolkning ska du fylla i blankett KU 106r

Om ditt modersmål är något annat än finska, svenska eller samiska, kan du kommunicera på finska eller svenska vid kontakter med hälso- och sjukvården och andra myndigheter?

☐ Finska ☐ Svenska ☐ Annat, vilket? _____

- ⓘ Om en närstående deltar i din rehabilitering och behöver tolkning på ett främmande språk ska du fylla i FPA:s blankett KU 106r.

4. Arbets- och studiesituation

Jag

☐ är under skolåldern och vårdas hemma ☐ är under skolåldern och vårdas på daghem/i familjedagvård ☐ är skolelev/studerande

☐ är hemmamamma eller hemmapappa ☐ arbetar ☐ är arbetslös ☐ är arbetsoförmögen (får sjukdagpenning)

☐ får rehabiliteringsstöd ☐ får sjukpension/invalidpension ☐ får pension (annan än sjuk-/invalidpension) ☐ annat; vad? _____

Vilket är ditt yrke?

KU 104r 12.25

Sida 1 (4) >>

Följande sida

5. Behandling av sjukdomen och planering av rehabiliteringen

För behandlingen av sjukdomen och planeringen av rehabiliteringen svarar

- ☐ en hälsovårdscentral ☐ en sjukhuspoliklinik/en enhet inom den specialiserade sjukvården
- ☐ någon annan aktör; vilken? _____

Verksamhetsställets namn _____

6. Behov av rehabilitering och assistans

På vilket sätt gör sjukdomen eller funktionsnedsättningen det svårare för dig att klara av arbetet, studierna eller de dagliga aktiviteterna?

Vilka hjälpmedel använder du och använder du kommunikationsmetoder som ersätter tal?

Vilka dagliga aktiviteter behöver du assistans eller handledning med? Beskriv kort hurdan assistans och handledning du behöver.

7. Målet för rehabiliteringen

Hur önskar du att rehabiliteringen upprätthåller och främjar din vardag?

8. Multiprofessionell individuell rehabilitering

-  Du kan ta fram uppgifter om serviceproducentens verksamhetsställe på www.fpa.fi/sokserviceproducent.
Välj serviceproducent i söktjänsten.

Om du inte kan välja serviceproducent behöver du inte fylla i punkten. FPA tar kontakt med dig.

Serviceproducent _____

Berätta varför du ansöker om multiprofessionell individuell rehabilitering och vad du förväntar dig av rehabiliteringen.

- ☐ Jag övernattar vid serviceproducentens verksamhetsställe under den individuella rehabiliteringen (rehabilitering med inkvartering)
- ☐ Jag övernattar inte vid serviceproducentens verksamhetsställe under den individuella rehabiliteringen (rehabilitering utan inkvartering)

Deltar närstående personer i rehabiliteringen? Deltagandet ska basera sig på rehabiliteringsplanen.

- ☐ Nej ☐ Ja, antalet personer som deltar _____

Namn och födelsedatum för de personer som deltar



9. Terapi

 Du kan ta fram uppgifter om de serviceproducenter som tillhandahåller terapi på www.fpa.fi/sokserviceproducent. Välj serviceproducent och kom överens om inledandet av terapin.

Jag söker följande terapiform:	Namnet på den som ger terapin (företag, firma) och verksamhetsställe	Startdatum, om det är bestämt
☐ fysioterapi	_____	_____
☐ talterapi	_____	_____
☐ ergoterapi	_____	_____
☐ psykoterapi	_____	_____
☐ musikterapi	_____	_____
☐ vattenterapi	_____	_____
☐ ridterapi som ges av en fysioterapeut	_____	_____
☐ ridterapi som ges av en ergoterapeut	_____	_____
☐ bildkonst-psykoterapi	_____	_____
☐ neuropsykologisk rehabilitering	_____	_____
☐ handledningsbesök	_____	_____

 Om du ansöker om handledningsbesök för föräldrar och/eller om att terapin ska genomföras någon annanstans än i serviceproducentens lokaler, ska detta ingå i rehabiliteringsplanen.

10. Rehabiliterings- eller anpassningskurser

 Du kan ta fram information om kurserna på www.fpa.fi/sokrehabkurs.

Till vilken kurs söker du?	Kursens nummer (om du känner till det)
_____	_____
Kursplats	Kursstart, tidpunkt
_____	_____

Om du söker till en familjekurs eller parkurs ska du ange namn och födelsedatum för de närstående som deltar.

- ☐ Jag övernattar vid serviceproducentens verksamhetsställe under kursen.
- ☐ Jag övernattar inte vid serviceproducentens verksamhetsställe under kursen.

Om du tidigare har deltagit i en kurs i anslutning till samma sjukdom ska du motivera varför en kurs med samma innehåll borde ordnas på nytt.

Känner du till omständigheter som kan tänkas påverka tidpunkten för genomförandet av rehabiliteringen (t.ex. operation, semester eller resa)?

- ☐ Nej ☐ Ja; vad och när?

11. Bilagor

- ☐ Rehabiliteringsplan som gjorts upp inom den offentliga hälso- och sjukvården
- ☐ Har redan lämnats in till FPA. ☐ Jag lämnar in den senast _____
- ☐ Jag har tid hos läkare _____
- ☐ Annan bilaga; vad? _____

12. Övriga upplysningar

-  Ange med en siffra vilken punkt i ansökan du hänvisar till.

- ☐ Övriga upplysningar på ett separat papper. Skriv ditt namn och din personbeteckning på pappret.

13. Underskrift

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

Ort och datum

Klientens underskrift och namnförtydligande

14. Person som ger ytterligare uppgifter

-  Om du vill kan du ange en person som FPA vid behov kan begära ytterligare uppgifter av.
- ☐ Jag ger mitt samtycke till att de ytterligare uppgifter som behövs för ansökan får begäras av den person som anges nedan.
- Namn och telefonnummer _____

Tjänsteställning och verksamhetsställe eller släktskapsförhållande _____

Enligt lag har FPA rätt att hämta och lämna ut uppgifter som är nödvändiga för att ett rehabiliteringsärende ska kunna avgöras och för genomförandet av rehabiliteringen.

De uppgifter som vi har fått för att kunna avgöra detta förmånsärende kan också användas för ett annat förmånsärende om uppgifterna enligt lag ska beaktas i samband med ärendet. Likaså kan uppgifter som vi har fått i samband med en annan förmån användas vid avgörandet av detta förmånsärende.

Kontakta oss om du vill veta var vi kan hämta uppgifter om dig och till vem vi kan lämna ut dina uppgifter.

