

**1. Personuppgifter om mottagaren av rehabiliteringsstöd**

Efternamn och alla förnamn		Personbeteckning
Näradress		Telefonnummer
Postnummer	Postanstalt	E-postadress

**2 Behandling eller rehabilitering**

Hur har vården eller rehabiliteringen genomförts under den tid som Ni haft rehabiliteringsstöd?

Vilka förändringar har skett i Ert hälsotillstånd sedan Ni beviljades rehabiliteringsstöd?

Hurdan bedömer Ni att Er arbetsförmåga är för närvarande?

Jag är fortfarande arbetsoförmögen.

Jag är delvis arbetsför. Vilket slags arbete och hur mycket arbete kan Ni utföra?

Jag är helt arbetsför. Vilket slags arbete och hur mycket arbete kan Ni utföra?

**3 Återgång till arbetslivet och yrkesinriktad rehabilitering**

Hur bedömer Ni Era möjligheter att återgå till arbetslivet?

Har Ni försökt återgå eller har en återgång till arbetslivet planerats för Er? Hur?

Hur kunde en återgång till arbetslivet underlättas av yrkesinriktad rehabilitering? Yrkesinriktade rehabiliteringsinsatser är t.ex. arbetsprovning, arbetsträning, utbildning och näringsstöd.

**4 Utredningar om hälsotillståndet**

När besökte Ni senast mottagningen? | Nästa besök

Läkarutlåtande B om Ert nuvarande hälsotillstånd

bifogas  finns hos FPA  finns någon annanstans – var?  lämnas in senare – när?

Vilka undersökningar har gjorts under den tid som Ni haft rehabiliteringsstöd (t.ex. röntgenundersökningar, arbetsprov, rehabiliteringsundersökningar och bedömningar av arbetsförmågan)?

Namnen på de läkare som för närvarande behandlar Er samt mottagning

Andra läkare, sjukhus, rehabiliterings- och undersökningsinrättningar eller mentalvårdsbyråer m.m. där Ni blivit undersökt eller behandlad sedan rehabiliteringsstödet beviljades

Namn	Behandlingstider	Nästa besök

### 5 Förvärsarbete sedan rehabiliteringsstödet beviljades

Har Ni varit anställd sedan rehabiliteringsstödet beviljades?

Nej  Ja – med vilka arbetsuppgifter har Ni arbetat?

Arbetsgivarens namn, adress och telefonnummer

Antal arbetstimmar per vecka	Bruttoinkomst per månad
När började anställningen?	Anställningen <input type="checkbox"/> fortgår – fram till <input type="checkbox"/> har upphört – när?

### 6 Företagarverksamhet sedan rehabiliteringsstödet beviljades

Har Ni varit företagare sedan rehabiliteringsstödet beviljades?

Nej

Ja – hurdan företagareverksamhet har Ni utövat?

Från och med när?	Verksamheten <input type="checkbox"/> fortgår alltjämt <input type="checkbox"/> har upphört – när?
-------------------	--

Hur många timmar per vecka arbetar Ni och vad uppskattar Ni att Er genomsnittliga månadsinkomst är?

### 7 Tilläggsuppgifter

### 8 Samtycke

Samtycker Ni till att läkare eller vård- eller undersökningsinrättningar som har uppgifter om Ert hälsotillstånd lämnar ut uppgifterna till pensionsanstalten och att pensionsanstalten lämnar ut uppgifter ur handlingarna till undersökande läkare eller vårdinrättning.

Ja  Nej

### 9 Underskrift

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

Datum

Sökandens underskrift och namnförtydligande

Om ansökan undertecknas av någon annan än sökanden skall orsaken anges.

De uppgifter som behövs för handläggningen av Ert pensionsärende kan inhämtas från arbetsgivaren eller FPA eller en läkare, en undersöknings- eller vårdinrättning eller någon annan instans som berörs av lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet. Uppgifterna om Ert pensionsärende ges till de pensionsanstalter som handhar Ert ärende. De uppgifter som erhållits vid handläggningen av ansökan lagras i FPAs, arbetspensionsanstaltens och Pensionsskyddscentralens register. Närmare upplysningar om registreringen av uppgifter får Ni i anvisningarna för ansökan (ETK/Kela 7007o) och hos de ovan nämnda inrättningarna.