



Du kan göra din ansökan och lämna in bilagorna också i e-tjänsten MittFPA ([www.fpa.fi/mittfpa](http://www.fpa.fi/mittfpa)).

Närmare information på [www.fpa.fi/sjuk](http://www.fpa.fi/sjuk)

Du kan beräkna förmånsbeloppet på [www.fpa.fi/berakningar](http://www.fpa.fi/berakningar).



Fyll i blanketten noggrant och kontrollera att alla nödvändiga bilagor finns med.

Om vi behöver ytterligare uppgifter kontaktar vi dig.

Posta ansökan och bilagorna på adressen Folkpensionsanstalten, PB 10, 00056 FPA.



Om du har frågor kan du ringa vår telefontjänst ([www.fpa.fi/ring-fpa](http://www.fpa.fi/ring-fpa)).



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

Om det är fråga om ett olycksfall i arbetet, en yrkessjukdom eller en trafikskada ska man i första hand ansöka om ersättning hos försäkringsbolaget.

Om arbetsförmågan orsakats av ett olycksfall i militärtjänst ska man ansöka om ersättning hos Statskontoret.

**Ansökningstid:** Senast 2 månader efter att du blev arbetsförmögen / frånvaron från arbetet började.

## 1. Uppgifter om den sökande

Personbeteckning

Efternamn och förnamn

Telefonnummer

E-postadress



FPA får adressuppgifterna från befolkningsdatasystemet.

## 2. Kontonummer

## 3. Ansökan

Vilken förmån ansöker du om? Välj ett eller flera alternativ.

Sjukdagpenning

Partiell sjukdagpenning

Dagpenning för FöPL-försäkrad företagare för självrisktiden

LPA-dagpenning för LFöPL-försäkrad för självrisktiden

Dagpenning vid smittsam sjukdom. Du kan gå direkt till punkt 11.

Donationsdagpenning

## 4. Sjukdomstid

Sjukdomstid \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_ (från det datum du blev sjuk)

Beror din arbetsförmåga på ett olycksfall, en yrkessjukdom, en trafikskada eller en skada till följd av ett brott?

Nej

Ja. Fyll också i den medföljande blanketten **Utredning om olycksfall**.

## 5. Utredning om arbete eller verksamhet

Beskriv de uppgifter som ingår i ditt arbete.

---

Har du omedelbart innan du blev sjuk varit

a. Löntagare?

Nej  Ja; yrke och nuvarande arbete

---

Arbetsgivarnas namn

Anställningen började

Anställningen upphörde

b. Företagare, lantbruksföretagare eller näringsidkare?

Nej  Ja; det egna företagets namn, bolagsform, bransch och FO-nummer

---

c. Anmäld som arbetslös arbetssökande hos TE-tjänster (Arbets- och näringsbyrån)?

Nej  Ja; inom vilket yrkesområde söker du arbete?

---

d. Studerande på heltid?

Nej  Ja; var?

---

e. Annat?

Nej  Ja; vad har du arbetat med?

---

## 6. Hur sjukdomen eller olycksfallet inverkar på arbetsförmågan

Beskriv vilken inverkan sjukdomen eller funktionsnedsättningen har på arbetsförmågan.

---

## 7. Rehabiliteringsbehov

Har du diskuterat behovet av rehabilitering med din läkare?

Nej  Ja; vad har ni kommit överens om? Om du redan har deltagit i rehabilitering ska du beskriva hur den genomfördes.



## 8. Inkomster under sjukdomstiden

Får du lön för sjukdomstiden?

- Nej  Ja. Arbetsgivaren meddelar lönen för sjukdomstiden via FPA:s e-tjänst för arbetsgivare, via inkomstregistret eller på blankett Y 17r (Anmälan om lön från arbetsgivare).

Arbetsgivarens namn och kontaktinformation:

Får du eller söker du ersättning eller pension från utlandet för sjukdomstiden?

- Nej  Ja; vad och varifrån?

## 9. Uppgifter som påverkar sjukdagpenningens belopp

**i** FPA räknar ut sjukdagpenningen enligt årsinkomsten. Årsinkomsten betyder dina inkomster under 12 kalendermånader. Den här perioden kallas granskningsperiod. Mellan granskningsperioden och den tidpunkt då utbetalningen av förmånen börjar finns dock 1 kalendermånad för vilken inkomsterna inte beaktas.

FPA får inkomstuppgifter från inkomstregistret, pensionsanstalterna och förmånsutbetalarna. Vi begär ytterligare uppgifter om dina inkomster med den här blanketten.

Läs mer på [www.fpa.fi/sjukdagpenning\\_belopp](http://www.fpa.fi/sjukdagpenning_belopp)

Får du samtidigt med dagpenningen även vårdarvode för närståendevård eller familjevård?

- Nej  Ja; tills vidare.  
 Ja; utbetalningen fortsätter fram till \_\_\_\_\_.

Den årsinkomst som ligger till grund för sjukdagpenningen kan beräknas utifrån inkomsterna under de 3 sista kalendermånaderna i granskningsperioden. Det förutsätter att inkomsterna för de 3 sista kalendermånaderna i granskningsperioden multiplicerat med 4 är minst 20 % högre än årsinkomsten för 12 kalendermånader. En ytterligare förutsättning är att du under granskningsperioden

- har blivit klar med din yrkesutbildning och avlagt en examen  har fullgjort militärtjänst eller civiltjänst  
 efter föräldradagpenningensperioden helt eller delvis har varit borta från arbetslivet på grund av hemvård av ditt barn som är under 3 år  efter föräldradagpenningensperioden helt eller delvis har varit borta från arbetslivet på grund av hemvård av ditt adoptivbarn  
 har varit borta från arbetet på grund av att du deltagit i sjukvården av ditt barn som är under 16 år och som har en sjukdom eller funktionsnedsättning (vård i hemmet eller på sjukhus)  har flyttat från utlandet till Finland och under vistelsen utomlands inte varit sjukförsäkrad i Finland

Ansöker du om dagpenning utifrån inkomsterna under de 3 sista kalendermånaderna i granskningsperioden?

- Nej  Ja (ange motiveringen i föregående punkt)

## 10. Utredning om deltidsarbete och lön. Fyll i endast om du ansöker om partiell sjukdagpenning.

### Löntagare

**i** Med heltidsarbete avses i regel arbete där den ordinarie arbetstiden är minst 30 timmar i veckan eller arbetstagarens arbetstid motsvarar den ordinarie arbetstid som normalt tillämpas för heltidsanställda i branschen.

Vilken typ av anställning har du?

- Heltidsarbete  
 Deltidsarbete  Jag är anställd hos endast en arbetsgivare  Jag är anställd hos flera arbetsgivare

Bifoga det avtal om deltidsarbete som du har ingått med arbetsgivaren.

Av avtalet ska framgå det arbetstidsarrangemang som ni har kommit överens om samt lönen för deltidsarbetet.

### Företagare

- Jag har arbetat heltid. Jag minskar mitt arbete under tiden \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Redogör för hur du minskar ditt arbete med 40–60 procent. Utför till exempel någon annan en del av ditt arbete?

## 11. Dagpenning vid smittsam sjukdom. Fyll i endast om du ansöker om dagpenning vid smittsam sjukdom.

**i** Uppge här den tidsperiod för vilken du har fått ett beslut om frånvaro från arbetet, isolering eller karantän som utfärdats av den läkare i välfärdsområdet som ansvarar för smittsamma sjukdomar.

Tiden för arbetsfrånvaron \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_

Beslutet gäller ett barn under 16 år vars vårdnadshavare jag är  Ja

Jag har helt och hållet varit borta från  lönearbete  företagsverksamhet

Jag har delvis varit borta från arbetet eller utfört annat arbete. Arbetsarrangemangen gäller  lönearbete  företagsverksamhet

Ytterligare uppgifter om arbetsarrangemangen

Namn på och kontaktuppgifter till arbetsgivarna/företagen. Ange också din egen adress om du inte meddelat din adress till Myndigheten för digitalisering och befolkningsdata.

**i** Dagpenningen bestäms på basis av det verkliga inkomstbortfallet. Lämna de uppgifter om inkomstbortfallet som du fått av arbetsgivaren till FPA eller be att arbetsgivaren lämnar dem. FPA får uppgifter om FöPL-/LFöPL-arbetsinkomsten direkt från pensionsanstalten.

## 12. Bilagor

**i** Vid en kort sjukdomstid brukar det oftast räcka med läkarintyg A, men senast efter 60 sjukdagar är det skäl att be läkaren skriva ett utförligt intyg, dvs. läkarutlåtande B.

Efter 90 dagpenningdagar behövs ett utlåtande av företagshälsovården för att sjukdagpenning ska kunna betalas ut. Be din företagsläkare om ett sådant utlåtande. Ett utlåtande krävs endast av personer i anställningsförhållande.

Arbetsgivarens anmälan i e-tjänsten för arbetsgivare, i inkomstregistret eller på FPA:s blankett Y 17r (Anmälan om lön från arbetsgivare) om arbetsgivaren betalar lön för sjukdomstiden.

För partiell sjukdagpenning behövs uppgifter om minskad arbetstid av alla arbetsgivare, ifall du har fler än en anställning på deltid.

### Sjukdagpenning

- Läkarintyg A  
 Läkarutlåtande B

### Dagpenning vid smittsam sjukdom

- Beslut som utfärdats av den läkare som i välfärdsområdet ansvarar för smittsamma sjukdomar eller ett läkarintyg A över frånvaro från arbetet, isolering eller karantän.

### Övriga bilagor

Vänligen meddela om någon bilaga kommer att lämnas in senare.

### Partiell sjukdagpenning

- Läkarintyg A  
 Läkarutlåtande B  
 Blanketten "Meddelande - Partiell sjukdagpenning" (SV 28r) som fyllts i tillsammans med arbetsgivaren eller ett avtal om deltidsarbete, av vilket motsvarande uppgifter framgår.

### Donationsdagpenning

- Läkarintyg A

## 13. Övriga upplysningar – Ange med en siffra vilken punkt i ansökan du hänvisar till.

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

## 14. Underskrift

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

Ort och datum \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_

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 dem.



**i** Vid ett olycksfall kan du ha rätt att få ersättning för inkomstbortfall från annat håll än FPA, till exempel från försäkringsbolaget. Vi behöver uppgifter om olycksfallet så att vi vet vilken ersättning du primärt har rätt till.

Från den sjukdagpenning som FPA betalar ut avdras de ersättningar som någon annan aktör enligt lag betalar för samma tid och samma arbetsförmåga.

Från sjukdagpenningen avdras dock inte ersättningar som försäkringsbolaget betalar för olycksfall på fritiden utifrån en frivillig försäkring.

## 1. Uppgifter om den sökande

Personbeteckning

Efternamn och förnamn

Telefonnummer

E-postadress

**i** FPA får adressuppgifterna från befolkningsdatasystemet.

## 2. I vilken situation inträffade olycksfallet eller skadan?

Läs frågorna en i taget och besvara alla ja/nej-alternativ. Besvara även tilläggsfrågan om ditt val förutsätter det. Ge nödvändig beskrivning under punkt 5.

a. På fritiden

Nej

Ja

b. På arbetet eller på väg till eller från arbetet eller det finns misstanke om att du har en yrkessjukdom

Nej

Ja

Om du svarade Ja, ange om du arbetar

• i eget företag

Nej

Ja

• som anställd eller som lantbruksföretagare

Nej

Ja

c. I trafiken

Nej

Ja

Hurdant motorfordon orsakade skadan? \_\_\_\_\_

Registernummer, om känt \_\_\_\_\_

d. Som en följd av misshandel eller annat brott

Nej

Ja

Gärningsmannens namn, om känt \_\_\_\_\_

Har du gjort polisanmälan?

Nej

Ja; när? \_\_\_\_\_

Polisinrättning och ort \_\_\_\_\_

### 3. Ersättningsskyldighet för olycksfallet

---

Har du sökt eller fått ersättning från annat håll?

Nej  Ja; varifrån (till exempel försäkringsbolagets namn)?

---

**i** Om orsaken till arbetsoförmågan är yrkessjukdom eller olycksfall i arbetet, trafikskada eller en skada till följd av ett brott ska du ta reda på om du har rätt till ersättning från annat håll än FPA, till exempel från försäkringsbolaget.

Om du är företagare och du har en försäkring för arbetstiden enligt lagen om olycksfall i arbete och yrkessjukdomar ska du uppge om du har ansökt om eller fått ersättning som grundar sig på en sådan försäkring. Om du inte ännu har ansökt om ersättning ska du av försäkringsbolaget ta reda på om du har rätt till ersättningen i fråga.

### 4. Tidpunkten för olycksfallet

---

Ange tidpunkten för olycksfallet så exakt som möjligt

Datum \_\_\_\_\_

Klockslag \_\_\_\_\_

Om det är fråga om en yrkessjukdom ska du precisera hurdan sjukdom det är samt när och hur den konstaterats.

---

### 5. Beskriv vad som hände och hur skadan uppkom

---

Komplettera uppgifterna om hur skadan uppkom eller hur olyckan skedde. Hur skadades du och vilka skador uppkom till följd av olyckan? Vilken annan faktor eller vilka andra faktorer inverkade?

---

### 6. Underskrift

Ort och datum

Underskrift

