



Du kan göra din ansökan och lämna in bilagorna också på nätet [www.fpa.fi/etjanst](http://www.fpa.fi/etjanst)

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

Beräkna beloppet av din förmån på [www.fpa.fi/berakningar](http://www.fpa.fi/berakningar)



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



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

Om vi behöver ytterligare uppgifter kontaktar vi dig.

Du kan skicka in ansökan och bilagorna per post [www.fpa.fi/postadresser](http://www.fpa.fi/postadresser)

**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

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

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. Mottagare av stipendium?

Nej  Ja; beviljare och ändamål?

d. Anmäld som arbetslös arbetssökande hos TE-tjänsterna (Arbets- och näringsbyrån)?

Nej  Ja; inom vilket yrkesområde söker du arbete?

e. Studerande på heltid?

Nej  Ja; var?

f. Annat?

Nej  Ja; vad (t.ex. hushållsarbete, alterneringsledighet, närståendevårdare eller beväring)?

## 6. Olägenheter som orsakas av sjukdom

Beskriv på vilket sätt din sjukdom medför problem i ditt arbete, i dina studier eller i andra uppgifter som du har. Redogör samtidigt för dina arbetsuppgifter.

## 7. Arbetslöshetsförmåner före sjukdomstiden

Har du fått en arbetslöshetsförmån som betalats av någon annan än FPA under de 4 månader som föregick sjukdomstiden?

Nej  Ja; varifrån och fram till vilket datum?

## 8. Inkomster under sjukdomstiden

Får du lön för sjukdomstiden?

Nej  Ja. Arbetsgivaren meddelar lönen för sjukdomstiden.

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** Dagpenningen beräknas enligt den arbetsinkomst som konstaterats vid beskattningen. Din dagpenning kan även beräknas enligt arbetsinkomsten för de 6 månader som föregick insjuknandet om den är minst 20 procent större än inkomsten enligt beskattningen.

**Söker du förmånen enligt arbetsinkomsten för 6 månader på grund av att din inkomst är väsentligt större än vid den senaste beskattningen?**

Nej. Gå vidare till punkt 10 eller 12.  Ja. Fyll i följande punkter (företagare behöver inte fylla i):

**Hade du följande utgifter under den tid för vilken uppgifter om löneinkomsterna lämnas in?**

- kostnader för arbetsresor  Nej  Ja; hur stora? \_\_\_\_\_ €/mån.  
Färdväg \_\_\_\_\_ Arbetsresans längd i ena riktningen \_\_\_\_\_ km  
Färdmedel \_\_\_\_\_
- medlemsavgifter till en arbetsmarknadsorganisation och/eller till en arbetslöshetskassa  Nej  Ja; \_\_\_\_\_ % av lönen eller \_\_\_\_\_  mån  
\_\_\_\_\_  6 mån  
\_\_\_\_\_  år
- andra utgifter för inkomstens förvärvande  Nej  Ja; vad och hur mycket? \_\_\_\_\_ €/mån

**i** Med utgifter för inkomstens förvärvande avses utgifter som är avdragsgilla i beskattningen (t.ex. facklitteratur och kostnader för användningen av egna arbetsredskap).

**Hade du inkomster under hela den föregående perioden på 6 månader?**

Ja  Nej. Jag hade inte inkomster för hela halvårsperioden på grund av

(t.ex. studier, arbetslöshet, sjukdom, föräldraledighet, yrkesexamen, militärtjänst)

**i** Företagare: FPA får uppgifter om FöPL- och LFöPL-arbetsinkomsterna direkt från pensionsanstalten.

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

### Löntagare

**i** Med heltidsarbete avses den ordinarie arbetstid för en arbetstagare i heltidsarbete som normalt tillämpas 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 kommunen eller i sjukvårdsdistriktet som ansvarar för smittsamma sjukdomar.

Tiden för arbetsfrånvaron \_\_\_\_\_

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

Vilka arrangemang har avtalats?

Namn och kontaktuppgifter till arbetsgivarna/företagen

- Dagpenningen bestäms på basis av det verkliga inkomstbortfallet. FPA begär löneuppgifterna av arbetsgivaren och får uppgifter om FöPL- och LFöPL-arbetsinkomsten direkt från pensionsanstalten.

## 12. Bilagor

- 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.

Din arbetsgivare lämnar in uppgifter om lönen.

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

### Partiell sjukdagpenning

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

### Dagpenning vid smittsam sjukdom

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

### Donationsdagpenning

- Läkarintyg A

### Övriga bilagor

Vänligen meddela om någon bilaga kommer att lämnas in senare.

## 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.**

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.

Hos FPA får du veta var vi kan hämta in uppgifter om dig och till vem vi kan lämna ut dem.



① Om det händer en olycka kan försäkringsbolaget vara ersättningskyldigt om det t.ex. är fråga om ett olycksfall i arbetet eller en trafikolycka. Rätten till sjukdagpenning kan inte utredas om det inte finns uppgift om huruvida ersättning kommer att betalas också enligt någon annan lag, t.ex. lagen om olycksfallsförsäkring. Frivilliga försäkringar påverkar i regel inte sjukdagpenningen från FPA.

### 1. Uppgifter om den sökande

Personbeteckning \_\_\_\_\_ Efternamn och förnamn \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ E-postadress \_\_\_\_\_

① 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 (försäkringsbolagets namn)?

---

### 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 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

---

Datum

Underskrift

