



29.9.1976

1

Kalevankatu 6 00100 HELSINKI 10

Puhelin 642 511

Työeläkelaitoksille

...

TYÖKYVYN SELVITYSTÄ KOSKEVA LOMAKE  
(J-LOMAKE)

Eläkelaitoksille lähetetään oheisena työkyvyn selvitystä koskeva lomake (J-lomake). Lomakkeeseen on eläkelaitosten toivomuksesta tehty eräitä muutoksia, muun muassa työskentelytietojen osuutta on lisätty. Uusittu lomake on Eläketurvakeskuksen hallituksen hyväksymä, ja se korvaa yleiskirjeen 24/73 liitteenä lähetetyn vastaavan lomakkeen.

J-lomake on tarkoitettu käytettäväksi sekä suoritettaessa eläkkeensaajien valvontaa että hankittaessa lisäselvitystä määräaikaista eläkettä jatkettaessa.

Lomaketta on tilattavissa Eläketurvakeskuksesta sekä suomen- että ruotsinkielisenä.

ELÄKETURVAKESKUS

LIITE

J-lomake

Tiedot eläkkeensaajasta	Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus	
	Osoite ja puhelinnumero		
	Eläkelaitos, joka on maksanut eläkettä		
Ansiotyö	Oletteko ollut työsuhteessa tai harjoittanut yrittäjätoimintaa eläkkeen myöntämisen jälkeen		
	Mikäli vastauksenne on kielteinen, voitte suoraan siirtyä vastaamaan lomakkeen kääntöpuolella oleviin kysymyksiin		
	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> en		
	A. KENEN PALVELUKSESSA OLETTE OLLUT ELÄKKEEN MYÖNTÄMISEN JÄLKEEN		
	Nimi, osoite ja puhelinnumero	Työ alkoi	päättyi
	Minkälaista työtä teette tai teitte		
	Montako tuntia työaikaanne on tai oli viikossa		Kuukausiansionne
	Onko työ tarkoitettu pysyväisluontoiseksi		
	Pystyttekö mielestänne tekemään tätä työtä edelleen		
	B. OLETTEKO HARJOITTANUT YRITTÄJÄTOIMINTAA ELÄKKEEN MYÖNTÄMISEN JÄLKEEN	Työ alkoi	päättyi
Minkälaista yrittäjätoimintaa harjoitatte tai harjoititte			
Montako tuntia työaikaanne on tai oli viikossa		Työtulonne	
Onko yrittäjätoimintanne tarkoitettu pysyväisluontoiseksi			
Pystyttekö mielestänne harjoittamaan yrittäjätoimintanne edelleen			

<b>Terveydentila</b>	Minkälaisia muutoksia terveydentilassanne on tapahtunut eläkkeen myöntämisen jälkeen		
<b>Nykyinen hoito</b>	Teitä nykyisin hoitavan lääkärin tai laitoksen nimi		
	Milloin viimeksi olitte tarkastettavana		
<b>Kuntoutus</b>	Missä sairaalassa tai kuntoutuslaitoksessa olette olleet eläkkeen myöntämisen jälkeen		
	Milloin olitte kuntoutettavana		
<b>Koulutus</b>	Minkälaista koulutusta uuteen ammattiin olette saaneet eläkkeen myöntämisen jälkeen		
	Oppilaitoksen nimi	Alkoi	päättyi
<b>Työkyky</b>	Pidättekö itseänne <input type="checkbox"/> työkykyisenä <input type="checkbox"/> osittain työkyvyttömänä <input type="checkbox"/> täysin työkyvyttömänä		
<b>Lisätietoja</b>			
<b>Allekirjoitus</b>	Suostun siihen, että lääkäri tai laitos, jolla on tietoja terveydentilastani, saa antaa niitä eläkelaitokselle. Jos hakemuksen allekirjoittaa joku muu kuin eläkkeensaaja tai hänen hoitajansa on syy ja mahdollinen sukulaisuussuhde hakijaan ilmoitettava.		
	Päiväys	Allekirjoitus	