



ELÄKETURVAKESKUS

KALEVANKATU 6 - 00100 HELSINKI 10
Puhelin (vaihde) 642511 Postisiirto 120811-5
Liikepankit Osuuspankit Säästöpankit tili 5041-6

Yleiskirje n:o 24/73

20.12.1973

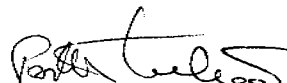
Työeläkelaitoksille

Työkyvyttömyyden selvitystä koskeva lomake
(J-lomake)

Eläkkeensaajien valvontaa koskevaan yleiskirjeeseen n:o 16/73 viitaten lähetetään oheisena eläkelaitoksille työkyvyttömyyden selvitystä koskeva lomake (J-lomake). Lomakkeeseen on vuoden 1973 alusta voimaan tulleiden työeläkelakien muutosten johdosta tehty eräitä vähäisiä muutoksia.

ELÄKETURVAKESKUS


Aarre Metso


Pertti Tukia

Liite: J-lomake

LA.PT.SW

SELVITYS TYÖKYVYTTÖMYYDESTÄ

J

Tätä lomaketta käytetään kun kysymys on työntekijäin eläkelain (TEL), lyhytaikaisissa työsuhteissa olevien työntekijäin eläkelain (LEL), maatalousyrittäjien eläkelain (MYEL) tai yrittäjien eläkelain (YEL) mukaisen työkyvyttömyyseläkkeen jatkamisesta.

| | |
|--|---|
| Sukunimi | Etunimet |
| Edellinen sukunimi | Henkilötunnus tai syntymäaika ja syntymäkunta |
| Postiosoite (lähiosoite ja postitoimipaikka) ja puhelinnumero | |
| Eläkelaitos (joka maksanut eläkettä) | |
| Onko terveydentilassanne tapahtunut muutoksia eläkkeenne myöntämisen jälkeen? Minkälaisia? | |
| Oletteko nykyään lääkärin hoidossa, lääkärin nimi ja osoite? | |
| Milloin viimeksi olitte tarkastettavana? | |
| Oletteko eläkkeen myöntämisen jälkeen ollut sairaalassa tai kuntoutuslaitoksessa? | |
| Missä ja milloin? | |
| Oletteko eläkkeen myöntämisen jälkeen saanut koulutusta uuden ammattiin? Missä ja minkälaista? | |
| Jos olette parhaillaan koulutettavana, niin milloin kurssi päättyy? | |
| Oletteko eläkkeen myöntämisen jälkeen ollut ansiotyössä? Kenen palveluksessa ja minä aikana? Keskimääräinen kuukausiansio? | |
| Omassa työssä? Minkälaisessa? Arvioitu työtulo vuodessa? | |
| Pidättekö itseänne täysin työkyvyttömänä, osittain työkyvyttömänä? Perustelut? | |

Vakuutan rehellisesti vastanneeni tässä lomakkeessa esitettyihin kysymyksiin. Samalla suostun siihen, että lääkäri ja muu henkilö tai laitos, jolla on tietoja terveydentilastani, saavat niitä eläkelaitokselle antaa.

Jos muu henkilö on allekirjoittajana eläkkeensaajan puolesta:

Mistä syystä?

UTREDNING OM ARBETSOFORMÅGA

Denna blankett användes när fråga är om fortsättning av invalidpension enligt lagen om pension för arbetstagare (APL), lagen om pension för arbetstagare i kortvariga arbetsförhållanden (KAPL), lagen om pension för lantbruksföretagare (LFöPL) eller lagen om pension för företagare (FöPL).

| | |
|--|--|
| Släktnamn | Förnamn |
| Föregående släktnamn | Personbeteckning eller födelseid och födelsekommun |
| Postadress (närmare adress och postanstalt) samt telefonnummer | |
| Pensionsanstalt (som utbetalt pensionen) | |
| Har det inträffat förändringar i Ert hälsotillstånd efter pensionens beviljande? Hurudana? | |
| Står Ni nu under läkarbehandling, läkarens namn och adress? | |
| När granskades Ni senast? | |
| Har Ni efter pensionens beviljande vårdats på sjukhus eller rehabiliteringsanstalt? | |
| Var och när? | |
| Har Ni efter pensionens beviljande erhållit skolning för ert yrke? Var och hurudan skolning? | |
| I fall Ni skolas som bäst, när tar kursen slut? | |
| Har Ni efter pensionens beviljande varit i förvävsarbete? I vems tjänst och under vilken tid? Genomsnittlig månadsförtjänst? | |
| Har Ni arbetat i eget företag? I hurudant? Uppskattad arbetsinkomst om året? | |
| Anser Ni Er vara helt eller delvis arbetsoförmögen? På vilka grunder? | |

Jag försäkrar, att jag redligt besvarat frågorna i denna blankett. Därjämte samtycker jag till, att läkare och annan person eller anstalt, som har uppgifter om mitt hälsotillstånd, får lämna dem till pensionsanstalten.

19

Underskrift

I fall ansökningen undertecknats av annan person på sökandens vägnar:

Av vilken orsak?

Av Pensionsskyddscentralen godkänd blankett