

1 Hakijan tiedot

Sukunimi ja etunimet		Henkilötunnus
Lähiosoite		
Postinumero	Postitoimipaikka	Palkan veronpidätyksessä % käytetty perusprosentti
Sähköposti	Matkapuhelin	
Puhelin kotiin	Puhelin töihin	

2 Kuntoutusetuuksien maksuosoite

Pankin nimi ja konttori	Täydellinen tilinumero
-------------------------	------------------------

3 Ammatillisen kuntoutuksen suunnitelma**Haettava kuntoutustoimenpide**

<input type="checkbox"/> Työkokeilu / työhönvalmennus	
Työpaikan nimi	
Osoite	Puhelinnumero
Työkokeilu/työhönvalmennus alkaa	Päätyy
Työtehtävät	
Työkokeilun/valmennuksen tavoite	
<input type="checkbox"/> Koulutus	
Suunniteltu koulutus, laajuus opintoviikkoina tai -pisteinä ja oppilaitos	
Koulutusohjelman alkamisaika	Koulutusohjelman päättymisaika
<input type="checkbox"/> Ammatillisten kuntoutusvaihtoehtojen selvitys	
Tavoite	
<input type="checkbox"/> Maatalousyrittäjän työtä helpottavat apuvälineet	
Mikäli olette maatalousyrittäjä, millä työtä helpottavilla apuvälineillä arvioitte pystyväne jatkamaan yrittäjätoimintaanne?	
<input type="checkbox"/> Muu, mikä?	

4 Ammatillisen kuntoutuksen suunnittelussa mukana olleet henkilöt

Työnantajan edustajan nimi	Ammatti
Työpaikka	Puhelinnumero
Työterveyshuollon edustajan nimi	Ammatti
Työpaikka	Puhelinnumero
Työvoimatoimiston edustajan nimi	Ammatti
Työpaikka	Puhelinnumero

5 Koulutustausta

Pohjakoulutuksenne
Varsinainen ammattikoulutuksenne (tutkinnot, ammattikoulutus; mikä linja, milloin käyty?)
Muu koulutuksenne (esim. kurssit, milloin käyty?)

6 Viimeinen työ- tai virkasuhde

Työnantajan nimi ja osoite				
Puhelinnumero (myös suunta)				
Tehtävänne tässä työssä				
Työsuhte alkoi, pvm	Työsuhte	Mihin asti, pvm?	Työsuhte	Milloin, pvm?
	<input type="checkbox"/> jatkuu		<input type="checkbox"/> on päättynyt	

7 Suostumus

Eläkelaitoksella on lainsäädäntöön perustuva oikeus saada kuntoutusasian käsittelyssä tarvittavia tietoja mm. työnantajalta, terveyskeskuksesta, erikoissairaanhoidosta, Kelalta ja verottajalta.

Sellaisia tietoja, joihin lainsäädäntö ei oikeuta, hankitaan ja luovutetaan vain Teidän suostumuksellanne. Suostumus on voimassa toistaiseksi. Teillä on myöhemmin mahdollisuus peruuttaa jo antamanne suostumus kirjallisesti, minkä jälkeen eläkelaitos ei enää hanki tai luovuta tietoja, ellei lainsäädäntö siihen oikeuta.

Suostun siihen, että kuntoutusasiaani hoitava eläkelaitos voi hankkia tietoja ja luovuttaa minua koskevia tietoja, jotka ovat tarpeen kuntoutustani suunniteltaessa ja toteutettaessa.

Suostumukseni koskee seuraavia tahoja:

Kyllä	Ei	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kaikki jäljempänä mainitut tahot (jolloin tämän kohdan rastitus riittää)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Työpaikkani työterveyshuolto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terveysten- tai sairaanhoitooni osallistuva lääkäri, muu terveydenhuollon ammattihenkilö, sairaala tai terveyskeskus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kuntoutuslaitos, jos se osallistuu kuntoutusmahdollisuuksieni selvittelyyn
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oma työnantajani. Työnantajalle ei kuitenkaan luovuteta terveydentilatietojani
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Työkokeilu- tai työhönvalmennuspaikan tarjoava työnantaja, jos työkokeilu tai työhönvalmennus järjestetään. Terveyseni liittyviä tietoja ei luovuteta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Työvoimatoimisto, mikäli se osallistuu kuntoutusmahdollisuuksieni selvittelyyn
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oppilaitos tai oppisopimustoimisto, jos se on mukana kuntoutuksessani

8 Allekirjoitus

Sitoudun mahdollisuuksieni mukaan edistämään kuntoutussuunnitelmani toteutumista sekä ilmoittamaan kaikista asiaani liittyvistä muutoksista viipymättä eläkelaitokseen.

Annan suostumukseni siihen, että pankki palauttaa tililleni tulleet aiheettomat kuntoutusetuuskirjalliset suoritukset kuntoutusetuuden maksajalle.

Päiväys

Allekirjoitus ja nimenselvennys