

Ersättningsansökan, yrkesinriktad rehabilitering

Med detta formulär för ersättningsansökan kan du ansöka om ersättning för kostnader för yrkesinriktad rehabilitering efter att Patientförsäkringscentralen har gett positivt ersättningsbeslut om ersättningsgillheten för den yrkesinriktade rehabiliteringen.

Ange skadebeteckningen för skadan, den skadelidandes namn och personbeteckning.

Information om skadan

Patientförsäkringscentralens skadebeteckning

Skadelidande

För- och efternamn

Personbeteckning

Postadress (om den har ändrats)

Postnummer och postanstalt

Telefonnummer (om det har ändrats)

E-postadress (om den har ändrats)

Kostnader för yrkesinriktad rehabilitering

Ange här kostnaderna som föranletts av skadan. Bifoga verifikat för kostnaderna och kvitton. Ange resekostnaderna nedan. Fortsätt vid behov på ett annat formulär. Du kan även ange motsvarande uppgifter på en separat bilaga.

Kostnad 1

Tidpunkt för kostnadens uppkomst

Kostnad €

Vilken kostnad är det fråga om?

Kostnad 2

Tidpunkt för kostnadens uppkomst

Kostnad €

Vilken kostnad är det fråga om?

Kostnad 3

Tidpunkt för kostnadens uppkomst

Kostnad €

Vilken kostnad är det fråga om?

Kostnad 4

Tidpunkt för kostnadens uppkomst

Kostnad €

Vilken kostnad är det fråga om?

Kostnad 5

Tidpunkt för kostnadens uppkomst

Kostnad €

Vilken kostnad är det fråga om?

Kostnad 6

Tidpunkt för kostnadens uppkomst

Kostnad €

Vilken kostnad är det fråga om?

Resekostnader för yrkesinriktad rehabilitering

Ange nödvändiga resekostnader. Om du har fått ersättning för resekostnader annanstans ifrån, ange den återstående andel av kostnaderna som du har betalat själv. Du behöver inte bifoga verifikat för kostnader eller kvitton till ansökan. Spara kvittona i ett år efter ansökan för eventuell kontroll. Ersättningen vid användning av egen bil är 0,33 euro per kilometer. Fortsätt vid behov på ett annat formulär. Du kan även ange motsvarande uppgifter på en separat bilaga.

Ersättning för resekostnader som gäller sjukvårdskostnader i samband med patientskador ska inte ansökas med detta formulär, utan med formuläret Ersättningsansökan för patientskada.

Resekostnad 1

Resdag

Resans längd (km) om färdmedlet är egen bil

Välj ett färdmedel. Ange tur- och returresan på olika rader om färdmedlet ändras.

Egen bil

Taxi

Kollektiv transport

Rutt, varifrån – vart?

Har ersättningar för resekostnader fåtts någon annanstans ifrån? Varifrån?

Ja

Nej

Resekostnader efter eventuella andra ersättningar

Resekostnad 2

Resdag _____ Resans längd (km) om färdmedlet är egen bil _____

Välj ett färdmedel. Ange tur- och returresan på olika rader om färdmedlet ändras.

Egen bil

Taxi

Kollektiv transport

Rutt, varifrån – vart?

Har ersättningar för resekostnader fått någon annanstans ifrån? Varifrån? Ja Nej

Resekostnader efter eventuella andra ersättningar

Resekostnad 3

Resdag _____ Resans längd (km) om färdmedlet är egen bil _____

Välj ett färdmedel. Ange tur- och returresan på olika rader om färdmedlet ändras.

Egen bil

Taxi

Kollektiv transport

Rutt, varifrån – vart?

Har ersättningar för resekostnader fått någon annanstans ifrån? Varifrån? Ja Nej

Resekostnader efter eventuella andra ersättningar

Resekostnad 4

Resdag _____ Resans längd (km) om färdmedlet är egen bil _____

Välj ett färdmedel. Ange tur- och returresan på olika rader om färdmedlet ändras.

Egen bil

Taxi

Kollektiv transport

Rutt, varifrån – vart?

Har ersättningar för resekostnader fått någon annanstans ifrån? Varifrån? Ja Nej

Resekostnader efter eventuella andra ersättningar

Resekostnad 5

Resdag _____ Resans längd (km) om färdmedlet är egen bil _____

Välj ett färdmedel. Ange tur- och returresan på olika rader om färdmedlet ändras.

Egen bil

Taxi

Kollektiv transport

Rutt, varifrån – vart?

Har ersättningar för resekostnader fått någon annanstans ifrån? Varifrån? Ja Nej

Resekostnader efter eventuella andra ersättningar

Resekostnad 6

Resdag _____ Resans längd (km) om färdmedlet är egen bil _____

Välj ett färdmedel. Ange tur- och returresan på olika rader om färdmedlet ändras.

Egen bil

Taxi

Kollektiv transport

Rutt, varifrån – vart?

Har ersättningar för resekostnader fått någon annanstans ifrån? Varifrån? Ja Nej

Resekostnader efter eventuella andra ersättningar

Resekostnad 7

Resdag _____ Resans längd (km) om färdmedlet är egen bil _____

Välj ett färdmedel. Ange tur- och returresan på olika rader om färdmedlet ändras.

Egen bil

Taxi

Kollektiv transport

Rutt, varifrån – vart?

Har ersättningar för resekostnader fått någon annanstans ifrån? Varifrån? Ja Nej

Resekostnader efter eventuella andra ersättningar

Ytterligare information

Ge vid behov tilläggsuppgifter för behandlingen av ansökan.

Underskrift

Ersättningssökanden ska underteckna ersättningsansökan. Annars kan blanketten för ersättningsansökan inte behandlas.

Med min underskrift försäkrar jag att de uppgifter som jag lämnat på denna blankett och i bilagorna till den är riktiga och att ersättning för de ansökta kostnaderna eller inkomstbortfall inte har ansökts på annat håll än vad som nämns på blanketten och i bilagorna till den.

Patientförsäkringscentralen har trots sekretessbestämmelserna rätt att få uppgifter om de är nödvändiga för avgörande av ett ersättningsärende som behandlas av försäkrings- och pensionsanstalter, av myndigheter och av andra instanser som lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet tillämpas på, av arbetsgivare, av hälso- och sjukvård, av producenter av rehabilitering och socialtjänster (patientförsäkringslag 54 §). Centern har också rätt att få inkomstuppgifter från inkomstregistret (lag om inkomstdatasystemet 5 kap. 13 §).

Genom min underskrift ger jag mitt samtycke till att läkare och andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, verksamhetsenheter för hälso- och sjukvård, apotek, rehabiliteringsenheter och socialserviceproducenter eller vårdinrättningar, trots sekretessbestämmelserna, får ge Patientförsäkringscentralen journalhandlingar om ersättningssökandes hälsotillstånd och annat material om undersökningen och vården samt information om hälsotillstånd, arbetsförmåga och rehabilitering, när informationen är nödvändig vid utredning av skadeärendet och vid ersättningshandläggning.

Jag ger också mitt samtycke till att skattemyndigheterna, de skadelidandes arbetsgivare, pensions- och försäkringsanstalter, Pensionsskyddscentralen, Folkpensionsanstalt och andra myndigheter får, utan hinder av sekretessbestämmelserna, ge åt Patientförsäkringscentralen de uppgifter, handlingar, avgöranden och beslut beträffande ersättningar, pensioner och löner när informationen är nödvändig vid utredning av skadeärendet och vid ersättningshandläggning.

