

Arbetsgivarens FO-nummer

ANSÖKNINGSTID 6 månader efter räkenskapsperiodens slut

1
SÖKANDE

Arbetsgivarens namn

Verksamhetsställets namn

Tidigare namn (ifall en tidigare ansökan gjorts med annat namn)

Tidigare FO-nummer

Namnet på arbetsgivarens kontaktperson

Postadress

Postnummer

Postanstalt

Räkenskapsperiod som ansökan gäller

Beslutet om ersättning önskas

på finska

på svenska

2
BETALNINGS-
ADRESS

IBAN-kontonummer

BIC-kod

Referensnummer eller

informationsuppgift

3
BRANSCH OCH
ANTAL
ANSTÄLLDA

Arbetsgivarens huvudsakliga bransch enligt Statistikcentralens näringsgrensindelning 2008
(benämning eller beskrivning)

Branschnummer (5 siffror)

Antal anställda (medeltalet av antalet anställda vid räkenskapsperiodens början och slut)

i ersättnings-
klass I _____

i ersättnings-
klass II _____

Antal företagare (FöPL- eller LFöPL-försäkrade)

i ersättnings-
klass I _____

i ersättnings-
klass II _____

4
ANORDNAD
FÖRETAGS-
HÄLSOVÅRD

Huvudsaklig serviceproducent har på basis av avtal om företagshälsovården varit

arbetsgivarens egen
företagshälsovårds-
central

en för flera arbetsgivare
gemensam företags-
hälsovårdscentral

en kommunal
hälsovårdscentral,
ett affärsverk

en annan sådan enhet (t.ex. en
läkarcentral) eller person som har
rätt att ge företagshälsovårdsservice

Den huvudsakliga serviceproducentens namn

Serviceproducentens FO-nummer

Med den huvudsakliga serviceproducenten har avtal om anordnande av företagshälsovårdstjänster ingåtts _____

Det ovannämnda avtalet innehåller

tjänster i ersättningsklass I

och dessutom tjänster i ersättningsklass II

Har arbetsgivaren kontrollerat att den privata serviceproducent som anlitas har tillstånd att tillhandahålla företagshälsovårdstjänster??

Ja

Nej

Har tjänster på arbetsgivarens egen företagshälsovårdscentral tillhandahållits för andra än sökandens anställda?

Nej

Ja

Arbetsgivare med flera verksamhetsställen har totalt _____ företagshälsovårdsavtal

Verksamhetsplanen för företagshälsovården grundar sig på arbetsplatsutredning. Har en grundläggande utredning gjorts?

Ja Nej

Verksamhetsplanen gäller under tiden ____ . ____ . ____ – ____ . ____ . ____

Verksamhetsplanen har godkänts ____ . ____ . ____

Expositions- och belastningsfaktorer

Under den tid som verksamhetsplanen gäller förebyggs skadliga effekter av följande genom arbetsplatsutredning konstaterade belastningsfaktorer med de metoder och medel som står till förfogande inom företagshälsovården:

fysikaliska kemiska biologiska nattarbete
 fysiska / ergonomiska psykiska sociala olycksfallsrisker

Mål

De tre viktigaste målen för företagshälsovården under den tid som verksamhetsplanen gäller

1.

2.

3.

Har en arbetarskyddskommission valts på arbetsplatsen?

Ja Nej

Har ett skyddsombud valts på arbetsplatsen?

Ja Nej

På basis av rapporter och sammandrag från företagshälsovården har de nedannämnda punkterna i ersättningsansökan behandlats på arbetsplatsen:

- Uppgifter om genomförandet (punkt 7) och
- Utvärdering och uppföljning av kvalitet och effekter (punkt 8).

Handlingarna för ansökan om kostnadsersättning har behandlats i arbetarskyddskommissionen eller i samråd med skyddsombudet eller inom ramen för ett annat samarbetsförfarande som ersätter dessa.

Utlåtande om ersättningsansökan har givits ____ . ____ . ____

Verksamhet på individnivå

I samband med hälsokontroller uppgörs företagshälsovårdsplaner
 Planer för främjande av handikappade arbetstagares arbetsförmåga uppgörs
 Rehabiliteringsplaner uppgörs

Ja	Nej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verksamhet på arbetsplatsnivå

Åtgärdsförslag har gjorts på basis av arbetsplatsutredning
 Verksamhet med råd och vägledning i grupp anordnas
 Verksamhetsmetoder för drog förebyggande arbete och för tidiginsatser är i bruk
 Hanteringen och uppföljningen av arbetsförmågan och tidiginsatser härvidlag:
 – gemensamma hanteringsmetoder för arbetsplatsen och företagshälsovården är i bruk

Ja	Nej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Företagshälsovårdsverksamheten på arbetsplatsen har utvärderats genom uppföljning av

- åtgärdernas effekter i arbetsmiljön och arbetsgemenskapen
- den exponering och belastning som arbetstagarna utsätts för
- arbetstagarnas hälsotillstånd och arbetsförmåga
- sjukdomar som beror på eller hänför sig till arbetet (arbetsolycksfall, yrkessjukdomar)
- arbetstagarnas sjukfrånvaro
- företagshälsovårdens egna verksamhetsmetoder (kvalitet)
- hur målen uppnås och åtgärdsförslagen genomförs
- kundtillfredsställelse

Uppföljning görs på överenskommet sätt	Ingen uppföljning görs
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ersättningsklass I

9 Arbetsgivarens kostnader för företagshälsovård under räkenskapsperioden

Resurser	Arbetsplatsutredningar		Information, rådgivning och vägledning		Uppföljning av hälsotillståndet och av arbets- och funktionsförmågan	
	Arbetsplatsutredning (tim.)	Rådgivning och vägledning, grupp nivå (tim.)	Besök för rådgivning och vägledning, grupp nivå (st.)	Hälsokontrollbesök på basis av särskild fara för ohälsa (st.)	Övriga hälsokontrollbesök (st.)	
Yrkespersonal						
Läkare						
Hälsovårdare						
Sakkunniga						
Fysioterapeuter						
Psykologer						
Specialläkare						
Andra sakkunniga						
Arbetshygien						
Ergonomi						
Teknik						
Lantbruk						
Synergonomi						
Talterapi						
Näringsterapi						
Motion						
Undersökningar						
Laboratorieundersökningar						
Diagnostisk utbildning						
Totalt						
Kostnader totalt						
Andra resurser						
Andra driftskostnader						
Anläggningskostnader						
Inkomster som avdras						
Kostnaderna i ersättningsklass I, totalt						

10 Verksamhetsuppgifter som hänför sig till företagshälsovård

Resurser	Arbetsplatsutredning		Information, rådgivning och vägledning		Uppföljning av hälsotillståndet och av arbets- och funktionsförmågan	
	Arbetsplatsutredning (tim.)	Rådgivning och vägledning, grupp nivå (tim.)	Besök för rådgivning och vägledning, grupp nivå (st.)	Hälsokontrollbesök på basis av särskild fara för ohälsa (st.)	Övriga hälsokontrollbesök (st.)	
Yrkespersonal						
Läkare						
Hälsovårdare						
Sakkunniga						
Fysioterapeuter						
Psykologer						
Specialläkare						
Andra sakkunniga						
Arbetshygien						
Ergonomi						
Teknik						
Lantbruk						
Synergonomi						
Talterapi						
Näringsterapi						
Motion						
Undersökningar						
Laboratorieundersökningar						
Diagnostisk utbildning						

Ersättningsklass II**11 Arbetsgivarens kostnader för sjukvård och annan hälsovård under räkenskapsperioden**

Resurser	Kostnader för sjukvård	Kostnader för annan hälsovård
Yrkespersonal		
Läkare		
Hälsovårdare		
Sakkunniga		
Fysioterapeuter		
Psykologer		
Specialläkare		
Undersökningar		
Laboratorieundersökningar		
Diagnostisk avbildning		
Totalt		
	Kostnader totalt	

Andra resurser

Andra driftskostnader

Anläggningskostnader

Inkomster som avdras**Kostnaderna i ersättningsklass II, totalt****12 Verksamhetsuppgifter som hänför sig till sjukvård och annan hälsovård**

Resurser	Sjukvård	Annan hälsovård
	Sjukvårdsbesök (st.)	Besök som hänför sig till annan hälsovård (st.)
Yrkespersonal		
Läkare		
Hälsovårdare		
Sakkunniga		
Fysioterapeuter		
Psykologer		
Specialläkare		
Undersökningar		
Laboratorieundersökningar		
Diagnostisk avbildning		

13
KOSTNADER

Kostnader för vilka ersättning söks

Ersättningsklass I _____ euro

Ersättningsklass II _____ euro

Ersättningsklasserna I och II totalt _____ euro

Under den period som ansökan gäller har företagshälsovårdskostnadernas fördelning per ersättningsklass varit följande:

_____ % i klass I _____ % i klass II

Har den företagshälsovård som anordnats av arbetsgivaren varit avgiftsfri för arbetstagarna?

Ja Nej; vilka tjänster har varit avgiftsbelagda?

Har ersättning sökts från annat håll för de sjukvårdskostnader som uppgetts i denna ansökan (t.ex. trafikförsäkring, olycksfallsförsäkring, sjukkostnadsförsäkring)?

Nej Ja; varifrån?

14
YTTERLIGARE
UPPGIFTER

15
KONTAKT-
UPPGIFTER

Namn och telefonnummer för den person som besvarar frågor om kostnaderna (arbetsgivarens företrädare)

Namn och telefonnummer för den person som besvarar frågor om verksamhetsuppgifterna (serviceproducentens företrädare)

16
UNDERSKRIFT

Jag försäkrar att uppgifterna i denna ansökan är riktiga och att beloppen grundar sig på bokföringen för den räkenskapsperiod som ansökan gäller.

Datum

Sökandens namn, underskrift och namnförtydligande