Tarvitsemme tietoja kuntoutus- ja/tai eläkeasian käsittelyä varten. Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan lomakkeella esitettyihin kysymyksiin. Työntekijän työn ja hänen työssä selviytymisensä parhaiten tuntevan henkilön tulisi täyttää lomake.

Lomake tulee palauttaa Eloon täytettynä viimeistään kahden (2) viikon sisällä lomakkeen vastaanottamisesta.

Helpoiten palautat lomakkeen suojatulla sähköpostilla sivun [**https://secure.elo.fi**](https://secure.elo.fi) kautta. Täytä lomake, tallenna tiedosto ja lähetä se palvelumme kautta osoitteeseen: [**tyokyvyttomyyselake@elo.fi**](mailto:tyokyvyttomyyselake@elo.fi). Ilman sähköpostin suojaamista emme suosittele sähköpostin käyttöä arkaluonteisten tietojen osalta.

Lomake on mahdollista palauttaa myös faksilla numeroon 020 703 5491 tai postitse:

Elo, Eläkepalvelut, Tunnus 5010419, 00003 VASTAUSLÄHETYS.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Työntekijä** | Sukunimi ja etunimet | | | Henkilötunnus | | | |
| **Toimipaikan yhteystiedot** | Toimipaikan nimi ja osoite | | | | | | |
| **Työssäoloaika ja työnlaatu** | Nykyinen työtehtävä alkoi (ppkkvvvv) | Päättyi (ppkkvvvv) | | | Päivittäinen/viikoittainen työaika, tuntia | | |
| Työ on ollut  [ ] päivätyötä [ ] vuorotyötä [ ] kokopäivätyötä [ ] osapäivätyötä | | | | | | |
| [ ] aikapalkkaista [ ] suoritepalkkaista | | | | | | |
| **Työtehtävät ja niiden kuormittavuus** | Työtehtävät, jotka sisältyivät työhön | | | | | | |
| Työ on kuormittavaa (esim. työtahti, työasennot jne.)  [ ] ruumiillisesti [ ] henkisesti | | | | | | |
| Tarkempi selvitys | | | | | | |
| **Työtilat ja olosuhteet** | Tarkempi selvitys (esim. melu, pöly, veto, lämpötila, altistavat aineet, tapaturmariski jne.) | | | | | | |
| **Muutokset työtehtävissä** | Tapahtuiko työtehtävissä muutoksia? Milloin?  [ ] Kyllä [ ] Ei | | | | | | |
| Miten tehtävät muuttuivat? | | | | | | |
| Oliko muutoksilla vaikutusta ansioihin?  [ ] Kyllä [ ] Ei | | | | | | |
| Työntekijän aikaisempi työtehtävä | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Työssä suoriutuminen** | Selvitys työstä suoriutumisesta | | | | | | |
| Onko työkyky alentunut?  [ ] Kyllä [ ] Ei | | | | | | |
| Syy työkyvyn alenemiseen ja miten vaikuttavat työkykyyn? | | | | | | |
| Tiedot sairauspoissaoloista kolmen vuoden ajalta | | | | | | |
| **Työn vaihtamismah-dollisuudet ja lisäkoulutus-tarve** | Onko työtehtävien vaihtamismahdollisuudet selvitetty?  [ ] Kyllä [ ] Ei | | | | | | |
| Milloin ja miten? | | | | | | |
| Voiko työntekijä saada muuta työtä yhtiönne/yrityksenne muussa toimipisteessä?  [ ] Kyllä [ ] Ei | | | | | | |
| Mahdollinen uusi tehtävä | | | | | | |
| Tarvitseeko työntekijä lisäkoulutusta sopivan työn järjestämiseksi?  [ ] Kyllä [ ] Ei | | | | | | |
| Selvitys mahdollisesta koulutuksesta | | | | | | |
| Voiko työntekijä siirtyä osa-aikatyöhön nykyisessä tai muussa tehtävässä?  [ ] Kyllä [ ] Ei | | | | | | |
| **Työterveys-huolto** | Työntekijää koskevat työterveyshuollon tiedot liitteenä  [ ] Kyllä [ ] Ei | | | | | | |
| Hoitolaitos tai paikka, josta tiedot ovat saatavissa | | | | | Puhelin | |
| Osoite | | | | | | |
| **Työsuhteen jatkuminen** | Työsuhde jatkuu  [ ] Kyllä [ ] Ei | | Työsuhteen päättymispäivä | | | | |
| **Lisätietoja** |  | | | | | | |
| **Yhteyshenkilö** | Nimi | | | | | | Puhelin |
| Tehtävä | | | | | | |
| **Työnantajan allekirjoitus** | Paikka, aika sekä työnantajan edustajan nimi ja puhelinnumero  \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |