

Työnantajan tunnus

HAKUAIKA 6 kuukautta työnantajan tilikauden päättymisestä

1 Työnantajan nimi

HAKIJA

Toimipaikan nimi

Entinen nimi (jos aikaisempi hakemus eri nimellä)

Entinen tunnus

Työnantajan yhteys henkilön nimi

Postiosoite

Postinumero

Postitoimipaikka

Tilikausi, jota hakemus koskee

Päätös korvauksesta halutaan

____.____.____ - ____.____.____

 suomenkielisenä ruotsinkielisenä

2 IBAN-tilinumero

MAKSUOSOITE

BIC-pankkitunniste

 Viitenumero tai viestitieto3 Työnantajan päätoimiala Tilastokeskuksen toimialaluokituksen 2008 mukaan
(sanallinen selvitys)TOIMIALA JA
HENKILÖMÄÄRÄ

Toimialanumero (5 numeroa)

Työntekijöiden lukumäärä (tilikauden alun ja lopun keskiarvo)

Yrittäjien lukumäärä (YEL- tai MYEL-vakuutettuja)

Korvaus-
luokassa I _____Korvaus-
luokassa II _____Korvaus-
luokassa I _____Korvaus-
luokassa II _____

4 Työterveyshuollon pääasiallinen palveluntuottaja on työterveyshuoltosopimuksen perusteella ollut

TYÖTERVEYS-

HUOLLON

PALVELUJEN

JÄRJESTÄMINEN

 työnantajan oma
työterveysasema työnantajien yhteinen
työterveysasema kunnallinen terveys-
keskus, liikelaitos muu työterveyshuoltopalvelujen antamiseen
oikeutettu yksikkö (esim. lääkärikeskus)
tai henkilö

Pääasiallisen palveluntuottajan nimi ja toimintayksikön nimi

Palveluntuottajan Y-tunnus

Pääasiallisen palveluntuottajan kanssa on tehty sopimus työterveyshuoltopalvelujen järjestämisestä _____.____._____

Edellä mainittu sopimus sisältää

 korvausluokan I palvelut ja lisäksi korvausluokan II palvelut

Onko työnantaja tarkistanut käyttämältään yksityiseltä työterveyshuollon palveluntuottajalta toimiluvan työterveyshuollon palvelujen antamiseen?

 Kyllä Ei

Onko työnantajan omalla työterveysasemalla järjestetty palveluja muille kuin korvausta hakevan työnantajan työntekijöille?

 Ei Kyllä

Monitoimipaikkaisella työnantajalla on työterveyshuoltosopimuksia yhteensä _____ kpl

5 TYÖTERVEYS- HUOLLON TOIMINTA- SUUNNITELMA Työterveyshuollon toimintasuunnitelma perustuu työpaikkaselvitykseen. Onko perusselvitys tehty? Kyllä Ei

Työterveyshuollon toimintasuunnitelma on voimassa ajalla ____ . ____ . _____ – ____ . ____ . _____

Työterveyshuollon toimintasuunnitelma on hyväksytty ____ . ____ . _____

Altisteet ja kuormitustekijät

Toimintasuunnitelmakaudella ehkäistään työterveyshuollon menetelmin ja keinoin seuraavien työpaikkaselvityksellä todettujen työpaikan kuormitustekijöiden haitallisia vaikutuksia:

fysikaaliset kemialliset biologiset yötyö
 fyysiset / ergonomiset psyykkiset sosiaaliset tapaturmavaara

Tavoitteet

Toimintasuunnitelmakauden kolme keskeistä työterveyshuollon tavoitetta

1.

2.

3.

6 TYÖPAIKAN YHTEISTOIMINTA JA LAUSUNTO KORVAUS- HAKEMUKSESTA Onko työpaikalle valittu työsuojelutoimikunta? Kyllä Ei Onko työpaikalle valittu työsuojeluvaltuutettu? Kyllä Ei

Työterveyshuollon esittämien raporttien ja yhteenvedojen perusteella työpaikalla on käsitelty korvaushakemukseen sisältyvät kohdat - **Tietoja toiminnan toteuttamisesta** (lomakkeen kohta 7) ja - **Laadun ja vaikuttavuuden arviointi ja seuranta** (lomakkeen kohta 8).

Työterveyshuollon korvaushakemusasiakirjat on käsitelty työsuojelutoimikunnassa tai työsuojeluvaltuutetun kanssa tai muussa ne korvaavassa yhteistoimintamenettelyssä.

Lausunto työterveyshuollon korvaushakemuksesta on annettu ____ . ____ . _____

7 TIETOJA TOIMINNAN TOTEUTTA- MISESTA

Yksilötason toiminta	Kyllä	Ei
Terveystarkastusten yhteydessä tehdään terveystuunnitelmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vajaakuntoisten työkyvyn edistämisen suunnitelmia tehdään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuntoutussuunnitelmia tehdään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Työpaikkatason toiminta	Kyllä	Ei
Työpaikkaselvityksen perusteella on tehty toimenpide-ehdotuksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryhmäkohtaista neuvontaa ja ohjausta toteutetaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Päihdehaittojen ehkäisyn ja varhaisen tuen toimintatavat ovat käytössä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen toteutus: - työpaikan ja työterveyshuollon yhteiset hallintatavat ovat käytössä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 LAADUN JA VAIKUTTAVUUDEN ARVIINTI JA SEURANTA

Työpaikan työterveyshuollon toimintaa on arvioitu seuraamalla	Seuranta toteutuu sovitusti	Seurantaa ei ole
- toimenpiteiden vaikuttavuutta työympäristössä ja työyhteisössä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- työntekijöiden altistumista ja kuormittumista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- työntekijöiden terveydentilaa ja työkykyä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- työperäisiä (tapaturmat ja ammattitaudit) ja työhön liittyviä sairauksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- työntekijöiden sairauspoissaoloja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- työterveyshuollon omia toimintatapoja (laatua)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- tavoitteiden ja toimenpide-ehdotusten toteutumista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- asiakastytytävyyttä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Korvausluokka I

9 Työnantajalle tilikauden aikana aiheutuneet työterveyshuollon kustannukset

Voimavarat	Työpaikkaselvitykset	Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus	Terveydentilan ja työ- ja toimintakyvyn seuranta
Ammattihenkilöt			
Lääkärit			
Terveydenhoitajat			
Asiantuntijat			
Fysioterapeutit			
Psykologit			
Erikoislääkärit			
Muut asiantuntijat			
Työhygieniä			
Ergonomia			
Tekninen ala			
Maatalous			
Työnäkeminen			
Puheterapia			
Ravitsemus			
Sosiaali-ala			
Liikunta			
Tutkimukset			
Laboratorio			
Kuvantaminen			
Yhteensä			
Kustannukset yhteensä			
Muut voimavarat			
Muut käyttökustannukset			
Perustamiskustannukset			
Vähennettävät tulot			
Korvausluokan I kustannukset yhteensä			

10 Työterveyshuollon toimintatiedot

Voimavarat	Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus		Terveydentilan ja työ- ja toimintakyvyn seuranta		
	Työpaikkaselvitys (t)	Ryhmän neuvonta ja ohjaus (t)	Yksilön neuvonta- ja ohjauskäynnit (kpl)	Terveystarkastuskäynnit erityisen sairastumisen vaaran perusteella (kpl)	Muiden terveys-tarkastusten käynnit (kpl)
Ammattihenkilöt					
Lääkärit					
Terveydenhoitajat					
Asiantuntijat					
Fysioterapeutit					
Psykologit					
Erikoislääkärit					
Muut asiantuntijat					
Työhygieniä					
Ergonomia					
Tekninen ala					
Maatalous					
Työnäkeminen					
Puheterapia					
Ravitsemus					
Sosiaali-ala					
Liikunta					
Tutkimukset					
Laboratorio					
Kuvantaminen					

Korvausluokka II**11 Työnantajalle tilikauden aikana aiheutuneet sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon kustannukset**

Voimavarat	Sairaanhoidon kustannukset	Muun terveydenhuollon kustannukset
Ammattihenkilöt		
Lääkärit		
Terveydenhoitajat		
Asiantuntijat		
Fysioterapeutit		_____
Psykologit		_____
Erikoislääkärit		_____
Tutkimukset		
Laboratorio		_____
Kuvantaminen		_____
Yhteensä		
	Kustannukset yhteensä	

Muut voimavarat	
Muut käyttökustannukset	
Perustamiskustannukset	
Vähennettävät tulot	
Korvausluokan II kustannukset yhteensä	

12 Sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon toimintatiedot

Voimavarat	Sairaanhoito	Muu terveydenhuolto
	Sairaanhoitokäynnit (kpl)	Muun terveydenhuollon käynnit (kpl)
Ammattihenkilöt		
Lääkärit		
Terveydenhoitajat		
Asiantuntijat		
Fysioterapeutit		_____
Psykologit		_____
Erikoislääkärit		_____
Tutkimukset		
Laboratorio		_____
Kuvantaminen		_____

13

KUSTANNUKSET

Kustannukset, joista korvausta haetaan

Korvausluokka I _____ **euroa**

Korvausluokka II _____ **euroa**

Korvausluokat I ja II yhteensä _____ **euroa**

Työterveyshuollon kustannukset ovat hakemuskauteksi jakautuneet korvausluokkiin seuraavasti:

_____ % KL I _____ % KL II

Onko työnantajan järjestämä työterveyshuolto ollut työntekijöille maksutonta?

Kyllä Ei; mistä palveluista on peritty maksu?

Onko tässä hakemuksessa ilmoitetuista sairaanhoitokustannuksista haettu korvausta muualta (esim. liikennevakuutus, tapaturmavakuutus, sairauskuluvakuutus)?

Ei Kyllä; mistä?

14

LISÄTIETOJA

15

YHTEYSTIEDOT

Kustannustietoihin vastaavan henkilön nimi, puhelinnumero (työnantajan edustaja)

Toimintatietoihin vastaavan henkilön nimi, puhelinnumero (palveluntuottajan edustaja)

16

ALLEKIRJOITUS

Vakuutan, että tässä hakemuksessa antamani tiedot ovat oikeita ja niissä ilmoitetut rahamäärät perustuvat hakemusta koskevan tilikauden kirjanpitoon.

Päiväys

Korvauksen hakijan nimi, allekirjoitus ja nimen selvennys