

Försäkringsnummer

**1. Uppgifter om den försäkrade**

Efternamn och alla förnamn		Personbeteckning
E-postadress		Telefonnummer
Adress i Finland <input type="checkbox"/> Jag vill få beslutet till adressen i Finland	Adress i utlandet <input type="checkbox"/> Jag vill få beslutet till adressen i utlandet	
Gatuadress	Gatuadress	
Postnummer och postanstalt	Postnummer och postanstalt	
	Land	
Stadigvarande bosatt <input type="checkbox"/> i Finland <input type="checkbox"/> i ett annat land, vilket?		
Medborgarskap <input type="checkbox"/> Finskt <input type="checkbox"/> Annat, vilket?		Jag önskar beslutet <input type="checkbox"/> på svenska <input type="checkbox"/> på finska
Stipendiatarbetet utförs <input type="checkbox"/> i Finland <input type="checkbox"/> i ett annat land, vilket?		

**2. Uppgifter om stipendiet**

Stipendiegivare	Datum då stipendiet beviljats
-----------------	-------------------------------

**3. Uppgifter om arbetet** *Välj typ av ändring, en av punkterna A–F*

**Punkt A. Obs! Bilaga fordras.**

Stipendiatarbetet avbryts, datum \_\_\_\_\_  Stipendiatarbetet avbryts för minst 4 månader

Orsak till avbrottet?

Löne- eller företagararbete  Föräldraledighet/vårdledighet (*barn under 3 år*)  Beväringsstjänst/civiltjänst  Sjukdom/rehabilitering

Annan orsak, vad? \_\_\_\_\_

Stipendiegivarens skriftliga samtycke (*bifogas*) \_\_\_\_\_

**Punkt B**

Stipendiatarbetet har varit avbrutet och fortsätter, datum \_\_\_\_\_

**Punkt C. Obs! Bilaga fordras.**

Stipendiatarbetet upphör i förtid, datum \_\_\_\_\_  Jag har anmält att en del av stipendiet, \_\_\_\_\_ euro, blir outnyttjat

Stipendiegivarens skriftliga samtycke (*bifogas*) \_\_\_\_\_

Orsak till att arbetet upphör? \_\_\_\_\_

**Punkt D**

Det land där stipendiatarbetet utförs ändras, datum \_\_\_\_\_

Stipendiatarbetet utförs  i Finland  i ett annat land, vilket?

Orsak till utlandsarbete? \_\_\_\_\_

**Punkt E**

Jag har gått i pension och pensionen har börjat, datum

Pensionen har beviljats av (*pensionsanstaltens namn*)

Pensionsslag

**Punkt F**

Annan ändring som gäller från, datum

Orsak till ändringen?

**4. Ytterligare upplysningar**

Ansökan innehåller bilagor

Nej  Ja, vad?

**5. Underskrift**

*Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga.*

Datum

Underskrift och namnförtydligande

*Utöver uppgifterna på denna blankett har LPA lagstadgad rätt att vid behandlingen av försäkringsärendet använda annan information som LPA har av betydelse för ärendets avgörande. LPA kan skaffa uppgifter av andra organ av vilka LPA enligt lagen har rätt att få uppgifter som är nödvändiga för behandlingen av ärendet. LPA har rätt enligt lagen att under vissa förutsättningar använda sådana uppgifter som erhållits vid behandlingen av försäkringsärendet även vid behandlingen av något annat ärende. De uppgifter som LPA erhållit vid behandlingen av försäkringsärendet kan lämnas ut till sådana andra organ som trots sekretessbestämmelserna har rätt att få dessa uppgifter av LPA.*

**Fullmakt**

Mitt stipendiatärende sköts med fullmakt

Fullmakten bifogas  Fullmakten skickas senare

Den befullmäktigades namn

E-postadress

