

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

1. Personuppgifter

Förnamn och efternamn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och postort	

2. Från och med vilken månad gäller din ansökan?

Månad, år

3. Uppgifter om din funktionsnedsättning

Har du en hörselskada?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Jag har svårt att uppfatta tal när jag använder hörapparat
Har du en synskada?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Jag saknar ledsyn
Har du någon annan funktionsnedsättning?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja. Fyll i nedan.	
Jag har följande funktionsnedsättning			Om du har någon annan funktionsnedsättning än hörselskada eller synskada så skriv kortfattat vad den består i. Vi behöver uppgifterna för att kunna förbereda ditt ärende.
<input type="checkbox"/> Jag bifogar ett läkarutlåtande			Vi behöver ha ett läkarutlåtande som styrker din funktionsnedsättning för att vi ska kunna ta ställning till din ansökan.
<input type="checkbox"/> Jag har begärt ett läkarutlåtande och skickar det senare			
<input type="checkbox"/> Läkarutlåtandet finns redan hos Försäkringskassan			

4. Behöver du hjälp av någon annan för att klara ditt dagliga liv?

<input type="checkbox"/> Nej		
<input type="checkbox"/> Ja	Beskriv vilken typ av hjälp du behöver för att klara ditt dagliga liv	
<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga	<input type="checkbox"/> Jag vill lämna uppgifterna muntligt till Försäkringskassan	

5. Behöver du hjälp av någon annan för att kunna arbeta eller studera?

<input type="checkbox"/>	Nej	
<input type="checkbox"/>	Ja	
	Beskriv vilken typ av hjälp du behöver för att kunna arbeta eller studera	
<input type="checkbox"/>	Jag lämnar upplysningar i en bilaga	<input type="checkbox"/> Jag vill lämna uppgifterna muntligt till Försäkringskassan

6. Har du extra kostnader på grund av din funktionsnedsättning?

<input type="checkbox"/>	Nej				
<input type="checkbox"/>	Ja				
	Kostnad för	Kronor	Per år	Per månad	Engångskostnad
			<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"/>	Jag lämnar upplysningar i en bilaga		<input type="checkbox"/> Jag vill lämna uppgifterna muntligt till Försäkringskassan		

7. Kontouppgifter**Fyll i nedan om uppgifterna är fel eller saknas**

Kontonummer		<input type="checkbox"/> Personkonto i Nordea. Kryssa här om kontonumret är samma som ditt personnummer.		
<input type="checkbox"/> Bankkonto	Clearingnummer	Kontonummer	<input type="checkbox"/> PlusGiro-konto	PlusGironummer

8. Övriga upplysningar

<input type="checkbox"/>	Jag lämnar upplysningar i en bilaga

9. Underskrift

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga. När uppgifterna förändras måste jag meddela Försäkringskassan. Jag vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter, att utelämna något eller att inte meddela Försäkringskassan när uppgifterna jag lämnat förändras.

Skriv gärna ett telefonnummer där vi kan nå dig på dagtid

Datum

Namnteckning

Telefon, även riktnummer

Uppgifterna hanteras i Försäkringskassans datasystem. Läs mer i broschyren "Försäkringskassans personregister".