

Datum

Personnummer

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund**1. Personuppgifter**

Förnamn och efternamn	Personnummer
-----------------------	--------------

2. Uppgifter om rehabiliteringsåtgärd och period

Rehabiliteringsåtgärder och rehabiliteringsställe	
Telefon, även riktnummer till rehabiliteringsstället	Startdatum (anges bara vid rehabiliteringsåtgärdens början)
från och med - till och med	
Uppgiftsperiod	

3. Har du varit närvarande hela perioden? Ja Nej. Fyll i nedan**Markera frånvaro med följande koder**

S=Sjukdom, anmäl till Försäkringskassan **V**=Tillfällig vård av barn, anmäl till Försäkringskassan **E**= Enskild angelägenhet av vikt, dödsfall, allvarligare sjukdomsfall, begravning, bouppteckning, begär beslut från Försäkringskassan **F**=Flyttning, begär beslut från Försäkringskassan **L**= Kortare ledighet, jullov, sportlov, påsklov **N**=Närstående vård, anmäl till Försäkringskassan **B**=Smittbärare, anmäl till Försäkringskassan **Ö**=frånvaro av annan orsak

Frånvaro del av dag anges under	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Övriga upplysningar																																

4. Är rehabiliteringsåtgärden avslutad eller avbruten? Ja. Fyll i nedan

datum	
Åtgärden har pågått till och med	Åtgärden är <input type="checkbox"/> avslutad <input type="checkbox"/> avbruten

5. Övriga upplysningar

6. 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.

Datum _____ Namnteckning _____

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

7. Rehabiliteringsstället intygar närvaron (fylls i om Försäkringskassan har begärt det)

Datum	underskrift och tjänstetitel	stämpel
-------	------------------------------	---------

Upplysningar

Om rehabiliteringstiden avbryts i förtid ska Försäkringskassan snarast meddelas genom att närvaroförsäkringen sänds till Försäkringskassan med uppgift om datum för avbrott.