

Skicka blanketten till
Försäkringskassan
Havandeskapspenning
Box 70320
107 23 Stockholm**1. Personuppgifter**

Förnamn och efternamn		Personnummer
Utdelningsadress		Postnummer och ort
Telefon hem, även riktnummer	Telefon arbete, även riktnummer	Mobiltelefon

2. Omfattning och period

Jag ansöker om <input type="checkbox"/> hel <input type="checkbox"/> tre fjärdedels <input type="checkbox"/> halv <input type="checkbox"/> en fjärdedels havandeskapspenning		
Från och med	Till och med	Om du har ett fysiskt påfrestande arbete kan du få ersättning tidigast från och med den 60:e dagen före beräknad förlossning. Du kan få ersättning längst till och med den 11:e dagen före beräknad förlossning.
<input type="checkbox"/> Jag bifogar mitt moderskapsintyg		

3. Arbetsgivare eller eget företag

Arbetsgivare eller eget företag	Adress	Telefon, även riktnummer
Jag arbetar <input type="checkbox"/> heltid <input type="checkbox"/> deltid _____%	Yrke	<input type="checkbox"/> Jag är egenföretagare
<input type="checkbox"/> Jag är anställd <input type="checkbox"/> Jag har begärt omplacering till andra arbetstuppgifter		
<input type="checkbox"/> Jag bifogar ett utlåtande om omplacering (blankettnummer 7206) från min arbetsgivare		

4. Jag har fler arbetsgivare än en Ja. Fyll i nedan

<input type="checkbox"/> Jag kan inte fortsätta mitt arbete där och fyller därför i en separat ansökan per arbetsgivare
<input type="checkbox"/> Jag kan fortsätta mitt arbete där och jag lämnar upplysningar under punkt 7 om företagets namn, adress, telefonnummer och hur mycket jag arbetar där

5. Ansökan på grund av risker i arbetsmiljön Ja. Fyll i nedan

<input type="checkbox"/> Jag är förbjuden av min arbetsgivare att fortsätta mitt arbete under graviditeten
--

6. Ansökan på grund av fysiskt påfrestande arbetsuppgifter Ja. Fyll i nedan

6a. Arbetsförhållanden (obligatoriskt)			
Jag arbetar		Jag har möjlighet att ta paus i arbetet	
<input type="checkbox"/> dagtid	<input type="checkbox"/> kvällstid	<input type="checkbox"/> natt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Jag arbetar ensam		<input type="checkbox"/> Flera personer arbetar samtidigt med samma arbetsuppgifter	
antal kilo		antal lyft per arbetspass	
<input type="checkbox"/> Tunga lyft	<input type="checkbox"/> Jag kan undvika lyften genom att		<input type="checkbox"/> använda lyfthjälpmedel
<input type="checkbox"/> någon annan hjälper mig		<input type="checkbox"/> antal personer	
6b. Beskriv din arbetsdag (obligatoriskt)			
Min arbetsdag ser ut så här			<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga
6c. Beskriv eventuella särskilda besvär			
<input type="checkbox"/> Jag har särskilda besvär i samband med graviditeten		<input type="checkbox"/> Jag bifogar ett läkarintyg	
Beskriv hur de särskilda besvären gör det svårt för dig att klara ditt arbete			

7. Övriga upplysningar

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

8. 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".