Försäkringskassan
0771-524 524
www.forsakringskassan.se

Ansökan
Assistansersättning

Personnummer

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

Om ansökan gäller ett barn under 18 år ska barnets uppgifter fyllas i här.

Finns som **e-tjänst** på Mina sidor

1. Du som behöver personlig assistans

Namn	Personnummer (12 siffror)
Telefonnummer där Försäkringskassan kan nå dig, även riktnummer	Behöver du tolk när Försäkringskassan kontaktar dig? ☐ Ja. Språk: _____

2. Har du personlig assistans i dag?

☐ Ja ☐ Nej

3. Hur mycket personlig assistans behöver du?

	timmar och minuter per vecka	från och med
Jag behöver personlig assistans		
Om du redan har assistansersättning och behöver fler assistanstimmar fyller du i ditt utökade behov och från när du behöver fler assistanstimmar.		
Jag behöver fler assistanstimmar	timmar och minuter per vecka	från och med

4. För vad behöver du personlig assistans?

	Beskriv kortfattat vilken hjälp du behöver. Vi behöver veta det för att kunna förbereda ditt ärende. Om ansökan avser fler timmar beskriver du ditt utökade behov.

☐ Jag lämnar upplysningar i en bilaga ☐ Jag vill lämna upplysningar muntligt till Försäkringskassan

30620103
FK 3062 (017 F 001) Fastställd av Försäkringskassan

5. Underskrift

Kontrollera att du har fyllt i rätt uppgifter. Om du fyller i fel uppgifter eller inte meddelar om något ändras kan du bli tvungen att betala tillbaka pengarna och betala en sanktionsavgift.

I de fall ansökan görs för ett barn under 18 år ska vårdnadshavare skriva under. Om barnet har två vårdnadshavare ska båda skriva under.

Jag intygar på heder och samvete att de uppgifter jag lämnar är riktiga och fullständiga.		
Datum	Namnteckning	Telefon
Datum	Namnteckning (om ni är två vårdnadshavare som skriver under)	Telefon

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

5 a. Fyll i här om du som skrivit under är vårdnadshavare, god man eller förvaltare

Jag/Vi är ☐ vårdnadshavare ☐ god man ☐ förvaltare för den som behöver personlig assistans		
Namn i klartext	Personnummer (12 siffror)	Telefon
Namn i klartext (om ni är två vårdnadshavare som skriver under)	Personnummer (12 siffror)	Telefon

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

Vad händer sedan?
När vi har fått din ansökan kommer vi att kontakta dig. Då får du mer information om vad som kommer att hända. Du får också veta om det är något mer du behöver göra.

Det finns information om assistansersättning på forsakringskassan.se.

30620203

FK 3062 (017 F 001) Fastställd av Försäkringskassan