



Enviar el formulario a  
Försäkringskassans inläsningscentral  
839 88 Östersund

### 1. Solicitante

Nombre y apellido		Número personal (12 dígitos)	
Calle y número		Código postal y localidad	

### 2. Datos sobre prestaciones por desempleo

¿Pertenece a un fondo de desempleo?	¿Ha cobrado un subsidio diario de un fondo de desempleo durante los últimos cuatro meses?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Nombre y dirección del fondo de desempleo	

### 3. Trabajo remunerado en un país que no es Suecia

¿Ha trabajado en otro país?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, en	país	
¿Cobra subsidio por enfermedad de otro país?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, de	país	
¿Cobra o ha solicitado la pensión de otro país?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, de	país	importe anual
¿Cobra una renta vitalicia o pensión por accidente laboral o enfermedad profesional en otro país?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, de	país	importe anual
Escriba el nombre y la dirección del organismo que realiza el pago			

### 4. Situación laboral anterior

¿Qué tipo de trabajo tuvo los años anteriores al año en que se redujo su capacidad laboral? Indique con qué alcance ha trabajado. Si trabajó por cuenta ajena, también debe indicar el nombre y la dirección del empleador. Si trabajó por cuenta propia, indique el nombre y la dirección de la empresa

### 5. Trabajo- e ingresos (Si tiene varios empleadores, puede indicarlos en "Información adicional")

Nombre y dirección del empleador, el cliente o la propia empresa.		¿El trabajo la misión es de carácter permanente?	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ingresos de trabajo (indique sólo una opción)	coronas	días por semana en promedio	días por año
	por día      semana      mes	horas por semana en promedio	horas por año
¿Qué tareas realiza?			

**6. Motivo por el que su capacidad laboral está reducida**

¿Por qué motivo no puede trabajar a tiempo completo?

| año, mes

¿Cuándo se redujo su capacidad laboral en un grado más significativo?

**7. Capacidad laboral disponible**

¿Qué tareas puede seguir realizando? ¿Hay otras tareas que podría realizar?

**8. Médico o proveedor de asistencia sanitaria responsable del tratamiento**

¿A qué médico(s) o proveedor(es) de asistencia sanitaria ha recurrido para la enfermedad o lesión que afecta su capacidad laboral?

 Adjunto dictamen médico
  He solicitado dictamen médico
 | nombre del médico
**9. Actividades secundarias y misiones**

¿Tiene actividades secundarias o misiones? | desde | ingresos anual

 No
  Sí

Describa lo más detalladamente posible qué tipo de tareas se incluyen en sus actividades secundarias o misiones.

¿Con qué frecuencia y durante cuánto tiempo realiza estas tareas?

**10. Actividades de recreación**

Describa sus actividades de recreación.

 No
  Sí
 | importe anual
**11. Rehabilitación**

Describa lo más detalladamente posible la rehabilitación que ha realizado, tanto de carácter médico como a los fines de readaptación laboral.

 No
  Sí
 ¿Cree que una rehabilitación a los fines de la readaptación laboral sería conveniente para usted?

**12. Educación además de la escuela primaria o equivalente**

¿Ha recibido algún otro tipo de educación además de la escuela primaria o equivalente? | ¿cuál(es)?

 No Sí**13. Situación familiar**

Describa su familia, por ejemplo el tamaño, el número de hijos y el cuidado de los hijos. Si está casado(a) o convive de hecho, deberá indicar también la ocupación de su cónyuge o pareja de hecho.

**14. Trabajo en el hogar**

Describa su trabajo anterior en el hogar, por ejemplo las faenas domésticas, jardinería y cuidado de pariente.

Describa su trabajo actual en el hogar.

**15. Condiciones de vivienda**

Describa su alojamiento, por ejemplo si es chalé, apartamento, el número de habitaciones y el transporte público hasta la vivienda.

**16. Ayuda en el hogar**

¿Recurrir a servicios de ayuda en el hogar? | ¿Para qué tareas?

 No Sí

| coste por mes

**17. Actividades**

Indique qué actividad(es) desea

**18. Cuenta en banco extranjero**

Número de cuenta. Sírvase indicar el número internacional de la cuenta bancaria	
Nombre del banco	
Código BIC del banco (dirección SWIFT)	
Calle y número del banco extranjero	Código postal del banco
Localidad del banco	País

**19. Accidente de trabajo o enfermedad profesional**

¿Ha notificado un accidente de trabajo o enfermedad profesional a Försäkringskassan? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿en qué año?
¿A qué lesión o enfermedad se refirió la notificación?	

**20. ¿Alguna otra persona se encargará del contacto con Försäkringskassan?**

Rellene esta sección únicamente si desea autorizar a otra persona para que lo/la represente. De lo contrario, pase a la sección siguiente del formulario.

Autorizo a la persona indicada a continuación a que me represente en el contacto con Försäkringskassan acerca de mi solicitud del subsidio de actividad. La autorización es válida hasta que yo la revoque	
Nombre de la persona a la que autorizo	Número personal (opcional)
Calle y número	Código postal y localidad
Número de teléfono durante el día, con código de área	Número de teléfono durante la noche, con código de área

**21. Información adicional**

<input type="checkbox"/> Suministro información adicional en un anexo
---

**22. Firma**

Declaro bajo juramento que todos los datos indicados en este folleto son completos y verdaderos. Cuando los datos se modifiquen deberé notificar a Försäkringskassan. Soy consciente de que es un acto punible suministrar datos incorrectos, omitir datos o no notificar a Försäkringskassan cuando los datos que he suministrado se modifiquen.		
Fecha	Firma	Teléfono (con código de)

**23. Indique a continuación si es tutor o administrador del solicitante**

Soy <input type="checkbox"/> tutor <input type="checkbox"/> administrador	Aclaración
---	------------

Más informaciones sobre el tratamiento que hace *Försäkringskassan* con los datos personales en la página