Försäkringskassan
0771-524 524
www.forsakringskassan.se

Anmälan
Vistelse på eller utanför institution
Handikappersättning

Personnummer

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

OBS! Blanketten ska fyllas i av den institution där personen vistas.

1. Namn och personnummer

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)

2. Uppgifter om institutionen

Namn		Telefon
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
Kontaktperson, förnamn och efternamn		

3. Uppgifter om vistelse på institutionen (Ska bara fyllas i vid påbörjad eller avslutad vistelse)

☐ Vistelse påbörjad	år, månad, dag
☐ Vistelse avslutad	år, månad, dag

4. Uppgifter om vistelse utanför institutionen

OBS! Anmälan ska göras kvartalsvis.

Fyll i de perioder som personen vistats i hemmet			
Från och med (datum)	Till och med (datum)	Från och med (datum)	Till och med (datum)

5. Övriga upplysningar

	☐ Jag lämnar upplysningar i en bilaga

6. Underskrift av den institution där personen vistas

Datum	Namnteckning

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

7. Begäran om utbetalning av handikappersättning

Fylls i av den som får handikappersättningen om anmälan gäller vistelse utanför institutionen

Jag intygar att uppgifterna i punkt 4 är riktiga och jag begär utbetalning av handikappersättning för de dagar då jag vistats i hemmet.

Datum	Namnteckning

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

32921101
FK 3292 (005 F 007) Fastställd av Försäkringskassan