

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

1. Du som ansöker

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
E-postadress		

2. Vilka uppgifter har ändrats?

<input type="checkbox"/> Andrahandskontraktet på min bostad är förlängt. Underteckna blanketten och skicka med en kopia av kontraktet och en kopia av godkännandet av andrahandsuthyrningen från hyresvärden eller bostadsrättsföreningen.	<input type="checkbox"/> Mina bostadskostnader har ändrats. Fyll i punkt 3.
	<input type="checkbox"/> Min eller hushållets inkomst har ändrats. Fyll i punkt 4.
	<input type="checkbox"/> Min tjänstgöringstid är förlängd. Fyll i punkt 5.
	<input type="checkbox"/> Andra uppgifter. Fyll i punkt 6.

3. Ändrade bostadskostnader

<input type="checkbox"/> Hyran eller avgiften har ändrats. Skicka med en kopia av avgifts- eller hyresspecifikationen.	från och med (datum)
<input type="checkbox"/> Jag har avgifts- eller hyresfria månader	från och med (datum) till och med (datum)
<input type="checkbox"/> Jag har avgifts- eller hyresrabatt med _____ kronor per månad	från och med (datum) till och med (datum)
<input type="checkbox"/> Jag har lån på bostaden. Skicka med kopior av de senaste lånehandlingarna som visar dina räntekostnader.	från och med (datum)
<input type="checkbox"/> Andra kostnader som har ändrats: _____	från och med (datum)

4. Ändrad inkomst

Inkomsten har ändrats för	från och med (datum)
<input type="checkbox"/> mig <input type="checkbox"/> min make eller sambo <input type="checkbox"/> mitt barn <input type="checkbox"/> min förälder eller förälderns make eller sambo	
Beskriv ändringen, till exempel vilken typ av inkomst det gäller och belopp per månad	

5. Ändrad tjänstgöringstid

Tjänstgöringen börjar (datum)	Tjänstgöringen slutar (datum)
-------------------------------	-------------------------------

6. Andra uppgifter som har ändrats

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

7. Underskrift

Jag intygar på heder och samvete att de uppgifter jag lämnar är riktiga och fullständiga.

Jag vet att jag kan få betala tillbaka felaktigt utbetald ersättning. Jag vet att jag kan göra mig skyldig till brott om jag lämnar oriktiga eller ofullständiga uppgifter, eller inte meddelar Försäkringskassan när uppgifterna ändras.

Datum	Namnteckning	Telefon
-------	--------------	---------

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