

Den här bilagan om samtycke

Det här är en bilaga till ansökan om närståendepenning. Det är den som ansöker om närståendepenning som ska fylla i punkt 1.a och 1.b och skicka in bilagan. Det är den som är sjuk som ska kryssa i punkt 2.a och 2.b och skriva under punkt 3.

1. Till dig som ansöker om närståendepenning

När du har ansökt om närståendepenning kan du logga in på forsakringskassan.se och ladda upp den här bilagan under ärenden.

1.a Du som vill ha närståendepenning

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
-----------------------	---------------------------

1.b Den som är sjuk

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
-----------------------	---------------------------

2. Till dig som är sjuk

För att din närstående ska kunna få närståendepenning behöver du som är sjuk lämna ditt samtycke genom att kryssa i 2a och 2b.

2.a Samtycke om medicinska underlag

<input type="checkbox"/> Jag samtycker till att min närstående (punkt 1a) får ta del av mina medicinska uppgifter och underlag som gäller närståendepenning och som behövs för att utreda och besluta om närståendepenning.

2.b Samtycke till närståendes stöd

<input type="checkbox"/> Jag samtycker till att min närstående får vara nära och stödja mig.
--

3. Underskrift av dig som är sjuk

Datum	Namnsteckning
-------	---------------

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