Försäkringskassan

0771-524 524
www.forsakringskassan.se

Ansökan
Förlängd sjukpenning för anställda

Personnummer

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

Du kan ansöka om sjukpenning från och med dagen efter ditt tidigare beslut.

Om du inte vet hur länge du kommer att vara sjuk, kan du ansöka till och med sista dagen i ditt läkarintyg. Du kan ansöka om att förlänga din sjukpenning senare om din sjukskrivning skulle förlängas.

Finns som **e-tjänst** på Mina sidor

1. Hur mycket sjukpenning ansöker du om och för vilken period?

	Från och med (åååå-mm-dd)	Till och med (åååå-mm-dd)
☐ Jag ansöker om **hel** (100 %) sjukpenning	20 - -	20 - -
☐ Jag ansöker om **tre fjärdedels** (75 %) sjukpenning	20 - -	20 - -
☐ Jag ansöker om **halv** (50 %) sjukpenning	20 - -	20 - -
☐ Jag ansöker om **en fjärdedels** (25 %) sjukpenning	20 - -	20 - -

2. Har du börjat jobba som vanligt igen?

☐ Ja ☐ Nej, jag jobbar inte alls, eller bara en del av min ordinarie arbetstid

3. Jobbar du något under din sjukskrivning?

☐ Nej, jag är sjukskriven på **heltid** (100 %) och jobbar inte alls.

☐ Ja — Jag är sjukskriven på **deltid** (75 %, 50 % eller 25 %) och jobbar deltid.

☐ **Jag jobbar regelbundet** och anger i tabellen nedan hur jag förlägger arbetstiden normalt sett och hur jag förlägger den under min sjukperiod.

☐ **Jag jobbar oregelbundet** eller enligt rullande schema och lämnar en beskrivning av mitt ordinarieschema och schemat under sjukperioden i en bilaga till min ansökan. (Skriv gärna ditt personnummer på din bilaga.)

Ange arbetstiden i timmar och minuter	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lördag	Söndag
Min ordinarie arbetstid							
Min arbetstid under sjukperioden							

74960101

FK 7496 (003 F 001) Fastställd av Försäkringskassan

4. Arbetsgivare

Vi har fyllt i de uppgifter vi har om ditt jobb i rutan nedan. Om uppgifterna saknas eller om något är fel, fyll i uppgifterna under rubriken 4.a. Arbetsgivare (nya eller ändrade uppgifter).

De här uppgifterna har Försäkringskassan om ditt jobb (fyll inte i något även om fälten är tomma)		
Arbetsgivarens namn	Yrke	
Arbetsgivarens adress	Organisationsnummer (10 siffror)	Telefon arbetsgivaren

4.a Arbetsgivare (nya eller ändrade uppgifter)	
Arbetsgivarens namn	Yrke
Arbetsgivarens adress	
Organisationsnummer (10 siffror)	Telefon arbetsgivaren
Namn på din närmaste chef (frivilligt)	Telefon till din närmaste chef (frivilligt)
☐ Jag har en utländsk arbetsgivare som saknar svenskt organisationsnummer	
☐ Jag har fler än en arbetsgivare eller företag och fyller i uppgifter under punkt 10, Övriga uppgifter	

De här numren är till för maskinell avläsning. Fyll inte i något även om fälten är tomma.	Organisationsnummer	CFAR-nummer

5. Har du ett avtal om extra tillägg?

Det är ovanligt att ha den här typen av avtal. Fråga din arbetsgivare om du är osäker.

☐ Nej ☐ Ja, jag har ett avtal med min arbetsgivare som gör att jag får behålla mer än 10 procent av min lön när jag får sjukpenning från Försäkringskassan

74960201

6. Vad är det för sjukdom eller skada som du ansöker om sjukpenning för?

7. Beskriv dina vanligaste arbetsuppgifter (Till exempel stillasittande kontorsarbete eller tunga lyft)

8. Beskriv hur din sjukdom eller skada påverkar din arbetsförmåga

Skulle du kunna jobba om du fick möjlighet att resa till jobbet på ett annat sätt än du brukar göra?	☐ Ja	☐ Nej
Har din arbetsgivare erbjudit dig andra arbetsuppgifter så att du ska kunna jobba i stället för att vara sjukskriven?	☐ Ja	☐ Nej

FK 7496 (003 F 001) Fastställd av Försäkringskassan

9. Kontouppgifter

Anmäl ditt konto till oss
Det snabbaste och säkraste sättet att få utbetalningar från Försäkringskassan är att anmäla ett bankkonto där vi kan sätta in pengarna. Gå till forsakringskassan.se och sök på ”5605”. Då kan du välja mellan att använda e-tjänsten eller ladda ner en blankett som du fyller i och skickar in. Kontot måste vara ditt eget.

10. Övriga upplysningar (frivilligt)

11. 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.

Jag intygar på heder och samvete att de uppgifter jag lämnar är riktiga och fullständiga.		
Datum (år, månad, dag)	Namnteckning	Telefon

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

74960301

FK 7496 (003 F 001) Fastställd av Försäkringskassan