

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

Den här blanketten är till för dig som är arbetsgivare.

Försäkringskassan kan bevilja bidrag till arbetshjälpmedel till och med månaden innan din medarbetare fyller 69 år.

Om din medarbetare har varit anställd i mindre än tolv månader ska du i stället kontakta Arbetsförmedlingen. Det ska du även göra om din medarbetare har lönebidrag, en offentligt skyddad anställning som till exempel utvecklingsanställning eller en trygghetsanställning. Om din medarbetare är anställd hos Samhall med anledning av sin funktionsnedsättning är det du som arbetsgivare som ansvarar för att skaffa arbetshjälpmedel, men Samhall ansvarar för kostnaden.

1. Uppgifter om arbetsgivare

Arbetsgivare/företagets namn		Organisationsnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
Kontaktperson (förnamn och efternamn)		Telefon
E-post (kontaktperson)		

2. Uppgifter din medarbetare

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Adress	Postnummer och ort	
Telefon	Anställningsdatum	
Anställningsform, till exempel tillsvidare, timanställning, visstid	Funktionsnedsättning	

3. Uppgifter om medarbetarens arbete

Yrkesroll	<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga
Vilka ordinarie arbetsuppgifter ingår i medarbetarens yrkesroll?	<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga

<p>vilka arbetsuppgifter har din medarbetare svårt för eller kan inte utföra med anledning av sin funktionsnedsättning?</p>	<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga
<p>vilka arbetsuppgifter skulle din medarbetare kunna utföra med hjälp av arbetshjälpmedel?</p>	<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga
<p>vilka anpassningar har du som arbetsgivare gjort? Till exempel arbetstider, arbetsmiljö, arbetsuppgifter och tekniska hjälpmedel</p>	<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga
<p>vilka åtgärder/anpassningar planerar du som arbetsgivare att göra för din medarbetare?</p>	<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga
<p>Har er företagshälsovård gjort en kartläggning av medarbetarens arbetsförmåga och behov av arbetsplatsanpassning?</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>Om du svarar ja, kom ihåg att bifoga en kopia av utredningsrapportens resultat.</p>

4. Vad gäller din ansökan?

<p>Jag ansöker om bidrag för</p> <p><input type="checkbox"/> att köpa ett arbetshjälpmedel <input type="checkbox"/> att reparera ett arbetshjälpmedel <input type="checkbox"/> en expertundersökning</p>	
<p>Tillverkare eller försäljare (namn, adress och telefon)</p>	
<p>Hur stort bidrag ansöker du om?</p> <p style="text-align: right;">kronor</p>	<p>Har du ansökt från någon annan än Försäkringskassan?</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, från _____</p>
<p>Har din medarbetare arbetshjälpmedel sedan tidigare?</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>Om ja, ange vilka hjälpmedel</p>

5. Har du anlitat någon expert?

<p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>ange expertens namn och telefon</p>
--	--

6. Kommentarer från berörda arbetstagarorganisationer

<p>Sammanfattande kommentarer från berörda arbetstagarorganisationer</p>	<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga
<p>Kontaktuppgifter till arbetsmiljö/skyddsombud (namn och telefon)</p>	<p>Underskrift</p>
<p>Kontaktuppgifter till fackliga företrädare (namn och telefon)</p>	<p>Underskrift</p>

7. Kontouppgifter

<input type="checkbox"/> Bankkonto	clearingnummer	kontonummer
<input type="checkbox"/> Bankgiro	<input type="checkbox"/> Plusgiro	nummer

8. Vilka bilagor skickar du med?

<p>De här bilagorna behöver Försäkringskassan för att kunna fatta beslut.</p> <p><input type="checkbox"/> Ett medicinskt underlag som styrker funktionsnedsättningen och behov av arbetshjälpmedel</p> <p><input type="checkbox"/> En offert på arbetshjälpmedel, reparation eller expertutredning</p>	<p>Här kan du ange vilka bilagor du skickar med</p> <p><input type="checkbox"/> Medarbetarens anställningsavtal</p> <p><input type="checkbox"/> Beskrivning av medarbetarens yrkesroll och ordinarie arbetsuppgifter</p> <p><input type="checkbox"/> Beskrivning av arbetsuppgifter som medarbetaren har svårt för eller inte kan utföra</p> <p><input type="checkbox"/> Beskrivning av arbetsuppgifter som medarbetaren skulle kunna utföra med hjälp av arbetshjälpmedel</p> <p><input type="checkbox"/> Beskrivning av genomförda och planerade anpassningar</p> <p><input type="checkbox"/> Kommentarer från arbetstagarorganisationerna</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>
--	--

9 Underskrift

<p>Jag intygar på heder och samvete att de uppgifter jag lämnar är riktiga och fullständiga.</p> <p>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.</p>		
Datum	Namnteckning	
Namnförtydligande		Telefon

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