

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

 Finns som e-tjänst på Mina sidor**1. Du som ansöker**

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Utdelningsadress	Postnummer och ort	

2. Omfattning och tid

Hur stor del av din sjukersättning ska vara vilande ?		
<input type="checkbox"/>	100 procent	
<input type="checkbox"/>	75 procent	
<input type="checkbox"/>	50 procent	
<input type="checkbox"/>	25 procent	
	från och med, månad och år	till och med, månad och år
Min ansökan gäller för tiden		

3. Uppgifter om ditt arbete under perioden med vilande ersättning

Min första arbetsdag		datum (år, månad, dag)
<input type="checkbox"/> Jag kommer vara anställd	Arbetsgivarens eller uppdragsgivarens namn och telefon	
<input type="checkbox"/> Jag kommer vara behovsanställd eller timanställd	Arbetsgivarens eller uppdragsgivarens namn och telefon	
<input type="checkbox"/> Jag kommer ha eget företag	Företagets namn och telefon	

3.a Uppgifter om din arbetstid under perioden med vilande ersättning

Skriv hur många timmar du ska arbeta per vecka och beskriv hur du planerar att lägga upp din arbetstid, till exempel "Jag kommer att arbeta 20 timmar per vecka fördelat på 4 timmar per dag, måndag till fredag".
--

4. Uppgifter om din inkomst under perioden med vilande ersättning

Försäkringskassan behöver uppgifterna för att kunna avgöra vem som ska dra skatt enligt skattetabell.

Vad kommer du att tjäna per månad i kronor före skatt? Om du har timlön ska du räkna om det till månadslön. kronor
Kommer du att ha annan inkomst, till exempel tjänstepension eller ersättning från AFA? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, fyll i nedan
Belopp per månad i kronor före skatt
Namn på utbetalare

5. Övriga upplysningar

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

6. 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.