Försäkringskassan
0771-524 524
www.forsakringskassan.se

Ansökan
Vilande sjukersättning vid arbete

Datum

Personnummer

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**?

- ☐ 100 procent
- ☐ 75 procent
- ☐ 50 procent
- ☐ 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

	Datum (år, månad, dag)
Min första arbetsdag	

☐ Jag kommer vara anställd	Arbetsgivarens eller uppdragsgivarens namn och telefon
☐ Jag kommer vara behovsanställd eller timanställd	Arbetsgivarens eller uppdragsgivarens namn och telefon
☐ Jag kommer ha eget företag	Företagets namn och telefon

3.a Arbetstidens förläggning

Kommer du att arbeta samtidigt som du har sjukersättning? ☐ Nej ☐ Ja, fyll i nedan

☐ Jag kommer arbeta regelbundet och anger i tabellen nedan hur jag förlägger arbetstiden under en vecka.

☐ Jag kommer arbeta oregelbundet eller enligt rullande schema och lämnar en beskrivning av mitt schema under övriga upplysningar eller i en bilaga till min ansökan. (Skriv ditt personnummer på din bilaga.)

Ange arbetstid i timmar och minuter	**Måndag**	**Tisdag**	**Onsdag**	**Torsdag**	**Fredag**	**Lördag**	**Söndag**
Min arbetstid							

50421103
FK 5042 (016 F 002) Fastställd av Försäkringskassan

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? ☐ Nej ☐ Ja, fyll i nedan	
Belopp per månad i kronor före skatt	
Namn på utbetalare	

5. Övriga upplysningar

	☐ Jag lämnar upplysningar i en bilaga

6. 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	Namnteckning	Telefon

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

50421203

FK 5042 (016 F 002) Fastställd av Försäkringskassan