

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	Utdelningsadress	

2. Vilande sjukersättning under längst 24 månader

	från och med, månad och år	till och med, månad och år
Jag ansöker om vilande sjukersättning		
Studieanordnare, utbildning - namn, adress och telefon		
Jag är antagen till en utbildning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	datum när studierna börjar
Jag bifogar en kopia av antagningsbeskedet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

3. Övriga upplysningar

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

4. 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.