

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

1. Du som ansöker

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

2. Vilande aktivitetsersättning under längst 24 månader

Jag ansöker om			
<input type="checkbox"/> helt	<input type="checkbox"/> tre fjärdedels	<input type="checkbox"/> halvt	<input type="checkbox"/> en fjärdedels vilande aktivitetsersättning
från och med, månad och år		till och med, månad och år	
Min ansökan gäller tiden			
Arbetsgivarens/uppdragsgivarens namn, adress och telefon. Vid egen verksamhet, adress där verksamheten bedrivs.			
Första arbetsdag	Arbetstid, timmar per dag	Arbetstid, timmar per vecka	

3. Uppgifter för skatteavdrag

Kommer du att ha annan inkomst än eventuell aktivitetsersättning?		
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, fyll i nedan	
Arbetsinkomst	kronor per månad	utbetalarens namn och adress
Tjänstepension	kronor per månad	utbetalarens namn och adress
Uppgifterna behövs för att Försäkringskassan ska kunna avgöra vem som ska dra skatt enligt skattetabell.		

4. Övriga upplysningar

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

5. Underskrift

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga. När uppgifterna förändras måste jag meddela Försäkringskassan.		
Jag vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter, att utelämna något eller att inte meddela Försäkringskassan när uppgifterna jag lämnat förändras.		
Datum	Namn-teckning	Telefon

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