

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

1. Den anställda

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
-----------------------	---------------------------

2. Arbetsgivaren

Företagets namn	Organisationsnummer
-----------------	---------------------

3. Hur skulle den gravida ha arbetat om personen inte hade ansökt om graviditetspenning?

<input type="checkbox"/> Personen skulle ha arbetat enligt anställningsavtal
<input type="checkbox"/> Personen skulle ha arbetat _____
<input type="checkbox"/> Personen skulle inte ha arbetat alls, eftersom _____

4. Kan den anställda omlaceras till andra arbetsuppgifter?

Den här punkten ska du fylla i oavsett om utlåtandet gäller risker i arbetsmiljön eller fysiskt ansträngande arbetsuppgifter.

<input type="checkbox"/> Ja, den anställda kan omlaceras <input type="checkbox"/> hela dagar <input type="checkbox"/> del av dag <input type="checkbox"/> några hela arbetsdagar per vecka. Ange antal dagar _____ <input type="checkbox"/> annan fördelning. Ange hur _____	datum för omlacering	Beskriv vilka arbetsuppgifter den anställda har efter omlacering
<input type="checkbox"/> Nej, den anställda kan inte omlaceras		Ange orsak till att den anställda inte kan omlaceras

5. Fyll i här om utlåtandet gäller förbud mot arbete på grund av risker i arbetsmiljön

<input type="checkbox"/> Den anställda är förbjuden att fortsätta sitt arbete på grund av en föreskrift som har meddelats med stöd av 4 kap 6 § arbetsmiljölagen	
Från och med vilket datum är den anställda förbjuden att fortsätta sitt arbete?	datum
Ange skadliga moment, ämnen eller andra förhållanden på arbetsplatsen som ligger till grund för förbudet	

6. Fyll i här om utlåtandet gäller fysiskt ansträngande arbetsuppgifter

Beskriv vilka arbetsuppgifter den anställda har	<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga
Beskriv vilka fysiskt ansträngande arbetsmoment som finns	<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga
Hur har du som arbetsgivare kunnat underlätta arbetssituation för den gravida? Som exempel arbetsanpassning, ändrade arbetstider eller andra arbetsuppgifter.	<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga
Går arbetsuppgifterna att ändra så att den anställda kan utföra dem under en del av dagen? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	timmar per dag som arbetsuppgifterna kan ändras
Den anställda kan undvika ansträngande arbetsuppgifter genom att <input type="checkbox"/> någon annan hjälper till <input type="checkbox"/> använda arbetshjälpmiddel	
Beskriv i vilken omfattning den anställda kan få hjälp eller vilka arbetshjälpmiddel som används	
<input type="checkbox"/> Den anställda arbetar ensam och kan därför inte ta pauser från ansträngande arbetsuppgifter <input type="checkbox"/> Den anställda arbetar med samma arbetsuppgifter som flera andra personer och kan därför ta pauser från ansträngande arbetsuppgifter	

72060203

7. Vilka bilagor skickar du med?

<input type="checkbox"/> Underlag om varför den anställda är förbjuden att fortsätta sitt arbete. (Till exempel riskbedömning, bullermätning eller kontakt med arbetsmiljömedicinsk klinik.)
<input type="checkbox"/> Andra bilagor, ange vad: _____

8. Arbetsgivarens underskrift Underskrift av den som skrivit utlåtandet (chef eller ansvarig för personalfrågor)

Datum	Namn-teckning
Telefon	Namnförtydligande

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

Information om blanketten

Utlåtande från arbetsgivare

Omplacering av en gravid anställd (FK 7206)

Försäkringskassan använder det här utlåtandet för att bedöma om den anställda har rätt till graviditetspenning. Du som fyller i blanketten ansvarar för att uppgifterna stämmer.

Så här fyller du i blanketten

3. Hur skulle den gravida ha arbetat om personen inte hade ansökt om graviditetspenning?

Ange i vilken omfattning den anställda skulle ha arbetat under den period ansökan gäller.

4. Kan den anställda omplaceras till andra arbetsuppgifter?

En gravid anställd har enligt lag rätt att bli omplacerad till andra arbetsuppgifter i två situationer:

- Om den anställda har ett fysiskt ansträngande arbete och inte kan fortsätta med det på grund av graviditeten.
- Om den anställda har förbjudits att fortsätta sitt vanliga arbete med stöd av arbetsmiljölagen.

Om den anställda kan omplaceras

Skriv från och med vilket datum omplaceringen börjar gälla. Ange i vilken omfattning den anställda är omplacerad samt vilka arbetsuppgifter den gravida har efter omplaceringen.

Om den anställda inte kan omplaceras

Skriv orsaken till att den anställda inte kan omplaceras till andra arbetsuppgifter och vad ni har gjort för att försöka omplacera personen. Skriv också varför det inte finns några andra arbetsuppgifter som den anställda kan utföra.

5. Fyll i här om utlåtandet gäller förbud mot arbete på grund av risker i arbetsmiljön

Kryssa i om den anställda är förbjuden att fortsätta sitt arbete enligt arbetsmiljölagen. En gravid anställd kan förbjudas att fortsätta sitt arbete på grund av en föreskrift om förbud mot arbete under graviditeten som har meddelats med stöd av 4 kap. 6 § arbetsmiljölagen.

Arbetsmiljöverket har föreskrifter om gravida och ammande arbetstagare (AFS 2007:5).

6. Fyll i här om utlåtande gäller fysiskt ansträngande arbetsuppgifter

Beskriv så noggrant som möjligt vilka arbetsuppgifter den anställda har och vilka situationer som kan uppstå under en arbetsdag.

Beskriv så noggrant som möjligt de fysiskt ansträngande arbetsmoment som ingår i den anställdas arbetsuppgifter

Beskriv hur du som arbetsgivare kan underlätta för den anställda, exempelvis genom arbetsanpassning, ändrade arbetstider eller andra arbetsuppgifter.

Kryssa i om arbetsuppgifterna går att förändra så att den anställda kan utföra dem under en del av dagen. Om Ja, skriv hur många timmar per dag som arbetsuppgifterna kan ändras.

Kryssa i om den anställda kan undvika fysiskt ansträngande arbetsuppgifter. Beskriv också i vilken omfattning den anställda kan få hjälp. Får den anställda hjälp varje gång den exempelvis lyfter tungt eller bara i vissa situationer?

Kryssa i om den anställda arbetar ensam eller om flera personer arbetar med samma arbetsuppgifter.

7. Arbetsgivarens underskrift

Tänk på att det är den som är ansvarig chef eller ansvarig för personalfrågor som ska fylla i och skriva under blanketten.