



Enviar el formulario a  
Försäkringskassans inläsningscentral  
839 88 Östersund

### 1. Solicitante

Nombres y apellidos		Número personal (12 dígitos)
Dirección postal	Código postal y Localidad	

### 2. Información sobre el subsidio por desempleo

¿Está afiliado/a a la caja desempleo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Ha cobrado un subsidio diario de un fondo de desempleo durante los últimos cuatro meses? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Nombre y dirección de la caja de paro	

### 3. Trabajo remunerado fuera de Suecia

¿Ha trabajado en otro país? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, en	País
¿Cobra subsidio por enfermedad de otro país? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, de	País
¿Cobra Usted pensión, o ha solicitado pensión, de otro país? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, de	País   importe anual
¿Cobra Usted renta vitalicia o pensión de otro país a causa de accidente laboral? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, de	País   importe anual
Indique el nombre y la dirección de la autoridad que realiza el pago.	

### 4. Condiciones laborales anteriores

¿Qué tipo de trabajo realizó en los años previos a la reducción de la capacidad laboral? Indique la extensión de su trabajo. Si fue empleado, indique el nombre y la dirección del empleador. Si Usted es independiente, indique el nombre y la dirección de su empresa.

### 5. Trabajo e ingresos (Si tiene varios empleadores, también puede utilizar el cuadro "Información adicional")

Nombre y dirección del empleador, del arrendatario de servicios o de la propia empresa.		¿Su trabajo o servicio es fijo/continuo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ingresos de trabajo (rellene sólo una de las alternativas) ¿Qué tareas realiza?	coronas por día   semana   mes	Jornada de trabajo (rellene sólo una de las alternativas) días por semana como promedio   días al año horas por semana como promedio   horas al año

**6. Motivo de la reducción de la capacidad laboral**

¿Por qué motivo no puede trabajar a jornada completa?


	año, mes
--	----------

¿Cuándo se redujo su capacidad laboral en un grado más significativo?

**7. Capacidad laboral restante**

¿Qué tareas puede realizar todavía? ¿Existen otras tareas que podría realizar?


**8. Médico/cuidador que le atiende**

¿Qué médico o médicos le han atendido o qué cuidadores le han prestado asistencia para la enfermedad o lesión que reduce su capacidad laboral?


<input type="checkbox"/> Adjunto dictamen médico	<input type="checkbox"/> He solicitado dictamen médico	nombre del médico
--	--	-------------------

**9. Ocupaciones secundarias**

¿Tiene ocupaciones o encargos secundarios? desde ingresos anuales

 No       Sí

Describa lo más exhaustivamente posible qué tareas incluyen sus ocupaciones/encargos secundarios.


¿Con qué frecuencia y durante cuánto tiempo realiza la tarea en cuestión?


**10. Intereses del tiempo libre**

Describa sus intereses del tiempo libre


¿Percibe ingresos de algunas de sus actividades de tiempo libre?  No       Sí      | importe anual**11. Rehabilitación**

Describa lo más exhaustivamente posible la rehabilitación que Usted ha recibido, tanto médica como la orientada al mercado laboral


¿Considera que una rehabilitación orientada a la inserción laboral sería valiosa para usted?  No       Sí

**12. Educación recibida, además de la enseñanza primaria o equivalente**

¿Ha recibido otra educación además de la enseñanza primaria o equivalente? | ¿cuál o cuáles?

 No       Sí
**13. Situación familiar**

Describa su familia, por ejemplo el número de personas, el número de hijos, el cuidado de los niños. Si está casado/a o vive en pareja, deberá indicar también la ocupación de su cónyuge o pareja.

**14. Trabajos domésticos**

Indique qué tareas domésticas realizaba antes en su hogar, por ejemplo quehaceres domésticos, jardinería, cuidado de pariente.

Indique qué tareas domésticas realiza actualmente.

**15. Condiciones de la vivienda**

Describa dónde está situada su vivienda, por ejemplo chalé, apartamento, la cantidad de habitaciones y las comunicaciones con la vivienda.

**16. Ayuda en el hogar**

¿Recurre usted a ayuda doméstica? | ¿para qué tareas?

 No       Sí

| coste mensual

**17. Cuenta bancaria en el extranjero**

Nº de cuenta. Si el depósito va a efectuarse en un banco de Europa, indique el número IBAN.

Nombre del banco en el extranjero

Código BIC del banco en el extranjero (dirección SWIFT)

Dirección del banco en el extranjero

Código postal del banco en el extranjero

Localidad

País

**18. Accidente de trabajo**

¿Ha notificado un accidente de trabajo a Försäkringskassan?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	¿en qué año?
¿A qué accidente o enfermedad se refirió la notificación?			

**19. ¿Alguna otra persona se encargará del contacto con Försäkringskassan?**

Rellene esta sección únicamente si desea autorizar a otra persona para que lo/la represente. De lo contrario, pase a la sección siguiente del formulario.

Autorizo a la persona indicada a continuación a que me represente en el contacto con Försäkringskassan acerca de mi solicitud del subsidio de actividad. La autorización es válida hasta que yo la revoque			
Nombre de la persona a la que autorizo		Número personal (opcional)	
Calle y número	Código postal y localidad		
Número de teléfono durante el día, con código de área	Número de teléfono durante la noche, con código de área		

**20. Información adicional**

	<input type="checkbox"/> Adjunto información adicional como anexo
--	---

**21. Firma**

Declaro bajo juramento que todos los datos indicados en este folleto son completos y verdaderos. Cuando los datos se modifiquen deberé notificar a Försäkringskassan.		Nº de teléfono particular (incluya el prefijo)
Soy consciente de que es un acto punible suministrar datos incorrectos, omitir datos o no notificar a Försäkringskassan cuando los datos que he suministrado se modifiquen.		Nº de teléfono laboral (incluya el prefijo)
Fecha	Firma	

**22. Indique a continuación si es tutor o administrador del solicitante**

Soy <input type="checkbox"/> tutor <input type="checkbox"/> administrador	Aclaración
--	------------

Más informaciones sobre el tratamiento que hace *Försäkringskassan* con los datos personales en la página