

Senden Sie den Antrag an
 Försäkringskassans inläsningscentral
 839 88 Östersund

1. Antragsteller

Vorname und Nachname		Pers.Kennzahl (12 Ziffern)
Postadresse	Postleitzahl und -ort	

2. Antrag betreffend

Ich beantrage <input type="checkbox"/> einviertel <input type="checkbox"/> einhalb <input type="checkbox"/> dreiviertel <input type="checkbox"/> vollen Krankenzuschuss	Ab einschliesslich Jahr, Monat
--	--------------------------------

3. Beschreiben Sie warum Sie nicht arbeiten können

<input type="checkbox"/> Meine Angaben (Siehe Anlage) <input type="checkbox"/> Ich möchte die Angaben mündlich beim Sozialversicherungsamt vortragen		Beschreiben Sie kurzgefasst warum Sie nicht arbeiten können. Wir benötigen die Angaben um Ihre Sache bearbeiten zu können.
<input type="checkbox"/> Ich füge ein ärztliches Attest bei <input type="checkbox"/> Ein Attest liegt schon beim Sozialversicherungsamt vor <input type="checkbox"/> Ich habe ein Attest von Doktor angefordert und übersende es später _____ (Name des Arztes)		
		Wir benötigen ein ärztliches Attest um Ihren Antrag beurteilen zu können.

4. Angaben betreffend Haushalt

Waren Sie in Schweden die ganze Zeit wohnhaft/gemeldet?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein. Tragen Sie unten ein, wo Sie wohnhaft/gemeldet waren.		
Land	von (Jahr, Monat, Tag)	bis (Jahr, Monat, Tag)
Land	von (Jahr, Monat, Tag)	bis (Jahr, Monat, Tag)
Land	von (Jahr, Monat, Tag)	bis (Jahr, Monat, Tag)
Land	von (Jahr, Monat, Tag)	bis (Jahr, Monat, Tag)

5. Angaben betreffend Arbeit

<input type="checkbox"/> Ich bin Angestellte/-r <input type="checkbox"/> Ich bin Auftragnehmer/-in <input type="checkbox"/> Ich bin Selbständige/-r		Sind Sie arbeitslos?
Name des Arbeitgebers, Auftraggebers oder Ihrer eigenen Firma		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie in den letzten vier Monaten Leistungen von einer Arbeitslosenversicherung erhalten?		
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		

6. Haben Sie in einem anderen Land gearbeitet?

<input type="checkbox"/> Nein			
<input type="checkbox"/> Ja, ich habe in folgendem Land gearbeitet	Land	von (Jahr, Monat, Tag)	bis (Jahr, Monat, Tag)
	Land	von (Jahr, Monat, Tag)	bis (Jahr, Monat, Tag)

7. Erhalten Sie Erstattungen aus einem anderen Land oder haben Sie diesbezüglich Antrag darauf gestellt?

<input type="checkbox"/> Nein			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Krankengeld	von (Jahr, Monat, Tag)	land
	<input type="checkbox"/> Rente	von (Jahr, Monat, Tag)	land
	<input type="checkbox"/> Unfallrente oder Rente auf Grund von Unfall, Berufskrankheit	von (Jahr, Monat, Tag)	land
<input type="checkbox"/> Ich habe einen Antrag auf Unfallrente oder Rente gestellt	Datum der Antragstellung	land	von
Name und Anschrift der auszahlenden Behörde			

8. Angaben betreffend Steuerermässigung

Werden Sie voraussichtlich andere Einkünfte (z.B. Lohn oder Betriebsrente) ausser dem eventuellen Krankenzuschuss erhalten?	Wir benötigen Angaben betr. anderer Einkommen zur Beurteilung der Besteuerung und Einzahlung gem. Steuertabelle
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bitte unten ausfüllen	
Auszahlende Einheit	Kronen pro Monat
Auszahlende Einheit	Kronen pro Monat

9. Kontoangaben

Wenn Sie bei der Försäkringskassan kein Konto angemeldet haben, können Sie dies unter (Mina Sidor) oder mit dem Formular *Anmälan om konto (5605)* vornehmen. Sie können nur ein Konto anmelden, dass Ihnen gehört. Wenn Sie möchten, dass Ihre Auszahlungen auf das Konto einer anderen Person überwiesen werden, müssen Sie stattdessen das Formular *Fullmakt - Utbetalning till en annan person (5606)* ausfüllen.

30300205

10. Möchten Sie gegenüber Försäkringskassan von einer anderen Person vertreten werden?

Diesen Abschnitt füllen Sie bitte aus, wenn Sie einer anderen Person die Vollmacht erteilen wollen, Sie in Ihrer Angelegenheit zu vertreten. Dies bedeutet, dass die betreffende Person Schreiben empfängt und Einblick in alle Unterlagen erhält, die Ihre Angelegenheit betreffen. Die Försäkringskassan wird sich in erster Linie an die Person wenden, der Sie Vollmacht erteilt haben, es kann aber trotzdem notwendig sein, Sie persönlich zu kontaktieren.

Ich erteile untenstehender Person die Vollmacht, mich bei Kontakten zur Försäkringskassan bezüglich des Antrags auf Krankenzuschuss zu vertreten. Die Vollmacht gilt solange, bis eine endgültige Entscheidung in der Angelegenheit getroffen ist. Ich kann die Vollmacht jederzeit widerrufen.			
Name des Vollmachtnehmers		Personenkennzahl (12 Ziffern)	
Anschrift		Postleitzahl und Ort	
Telefon tagsüber, auch Vorwahl		Telefon abends, auch Vorwahl	

11. Sonstige Auskünfte (freiwillige Angaben)

	<input type="checkbox"/> Ich füge Angaben in einer Anlage bei
--	---

12. Unterschrift

Ich versichere auf Ehren und Gewissen das die gemachten Angaben richtig und vollständig sind. Bei Veränderungen von Angaben bin ich verpflichtet dies dem Sozialversicherungsamt mitzuteilen. Ich bin mir bewusst, dass falsche oder nicht genannte Angaben oder unterlassene Mitteilungen von Veränderungen an das Sozialversicherungsamt strafbare Handlungen sind.		Telefon tagsüber, auch Vorwahlnummer
Datum	Unterschrift	Telefon abends, auch Vorwahlnummer

13. Bitte hier ausfüllen, wenn Sie Bevollmächtigter oder Verwalter für die antragstellende Person sind.

Fügen Sie einen Registerauszug bei, der belegt, dass Sie Treuhänder oder Verwalter sind.

Ich bin <input type="checkbox"/> Treuhänder <input type="checkbox"/> Verwalter	Name in Blockschrift
---	----------------------

Die Angaben werden im Datensystem der Försäkringskassan verarbeitet. Lesen Sie mehr dazu in der Broschüre „Personenregister der Försäkringskassan“ [*Försäkringskassans personregister*].

Ablauf nach Einsendung des Antrags

Nach Einsendung des Antrags werden Sie von einem Sachbearbeiter kontaktiert. Sie gehen den Antrag gemeinsam durch und Sie erfahren, wann Sie mit einer Entscheidung rechnen können.

Sie können Anspruch auf Wohngeld haben

Wenn Sie Krankenzuschuss erhalten und in Schweden wohnhaft sind, können Sie einen Anspruch auf Wohngeld haben. Um Wohngeld vom selben Zeitpunkt an zu erhalten wie den Krankenzuschuss, müssen Sie spätestens im Folgemonat, nachdem Sie den Bescheid über den Krankenzuschuss erhalten haben, einen diesbezüglichen Antrag stellen. Das Antragsformular und weitere Informationen über Wohngeld finden Sie unter forsakringskassan.se.