

Skicka blanketten till
 Försäkringskassans inläsningscentral
 839 88 Östersund

Den här ansökan fyller du i om din arbetsgivare inte vill betala ut sjuklön till dig när ni är oense om du är anställd eller om din arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom. Kom ihåg att du måste skicka in ansökan senast tre månader efter den månad när du skulle fått din sjuklön.

1. Du som ansöker

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

2. För vilken period ansöker du?

Här fyller du i den period som du inte har fått sjuklön utbetald. Fyll också i den summa som du skulle ha fått i sjuklön.

	från och med, datum (år månad, dag)	till och med, datum (år månad, dag)
Jag ansöker om sjuklönegaranti för perioden		
Summa som du skulle ha fått i sjuklön under perioden	kronor	Kom ihåg att skicka med lönespecifikation för perioden.

3. Vilka dagar under perioden har du inte kunnat arbeta på grund av att du har varit sjuk?

Vilka dagar?	Hur stor del av dagen var du sjuk?		Hur mycket skulle du ha arbetat?		Vilka dagar?	Hur stor del av dagen var du sjuk?		Hur mycket skulle du ha arbetat?	
	Hela	Del av dag	Timmar	Minuter		Hela	Del av dag	Timmar	Minuter
Datum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Datum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Datum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Datum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Datum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Datum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Datum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Datum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Datum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Datum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Datum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Datum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Datum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Datum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

4. Uppgifter om din sjukdom

Skicka med ett läkarintyg med uppgifter om din sjukdom om du varit sjuk mer än 7 dagar.

Vilken sjukdom eller diagnos är det som gjort att du inte kunnat arbeta?
Beskriv hur din sjukdom eller diagnos har påverkat din förmåga att arbeta

5. Anledningen till att din arbetsgivare inte betalar ut sjuklön

Fyll i den anledning som din arbetsgivare uppgivit till varför du inte får sjuklön.

<input type="checkbox"/> Min arbetsgivare ansåg att min arbetsförmåga inte var nedsatt på grund av sjukdom	
<input type="checkbox"/> Min arbetsgivare ansåg att jag inte var anställd under sjuklöneperioden	Skicka med en kopia på ditt anställningsbevis.
<input type="checkbox"/> Min arbetsgivare uppgav en annan anledning, fyll i anledningen: _____	

6. Uppgifter om ditt arbete

Här lämnar du uppgifter om ditt arbete. Skriv inte något i de gråa rutorna utan fyll i uppgifterna under rubriken 6.a.

De här uppgifterna har Försäkringskassan om ditt arbete (fyll inte i något även om fälten är tomma)		
Arbetsgivarens/Egna företagets namn	Yrke	Arbetstid %
Arbetsgivarens/Egna företagets adress	Organisationsnummer (10 siffror)	Telefon arbetsgivaren

6.a Arbetsgivare eller eget företag (nya eller ändrade uppgifter)		
Arbetsgivarens/Egna företagets namn	Yrke	Arbetstid %
Arbetsgivarens/Egna företagets adress		
Organisationsnummer (10 siffror)	Telefon arbetsgivaren	
<input type="checkbox"/> Jag har en utländsk arbetsgivare som saknar svenskt organisationsnummer		

7. Kontouppgifter

Fyll i det konto som du vill ha alla dina utbetalningar från Försäkringskassan till. Du kan bara anmäla ett konto som tillhör dig själv. Om du vill att dina utbetalningar ska gå till en annan persons konto ska du istället fylla i blanketten *Fullmakt - Utbetalning till en annan person* (5606).

Registrerat konto: _____ Om kontot är fel, stryk över och skriv det rätta under.

<input type="checkbox"/> Bankkonto	clearingnummer	kontonummer
<input type="checkbox"/> Personkonto i Nordea där kontonumret är detsamma som ditt personnummer		

8. Övriga upplysningar

--

7. Underskrift

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

Uppgifterna hanteras i Försäkringskassans datasystem. Läs mer i broschyren "Försäkringskassans personregister".