



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**

	från och med, månad och år	till och med, månad och år
Jag ansöker om vilande aktivitetsersättning		
Studieanordnare, utbildning - namn, adress och telefon		
Jag är antagen till en utbildning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Jag bifogar en kopia av antagningsbeskedet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

**3. Övriga upplysningar**

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

**4. 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	Namnsteckning	

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på [forsakringskassan.se](http://forsakringskassan.se).