

Skicka blanketten till  
Försäkringskassans inläsningscentral  
839 88 Östersund

Denna ansökan gäller även som ansökan om rehabiliteringspenning i särskilda fall.

**1. Du som ansöker**

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Utdelningsadress	Postnummer och ort	

**2. Planerad rehabilitering**

<input type="checkbox"/> Enligt "Plan för återgång i arbete/Rehabiliteringsplan"
<input type="checkbox"/> Det finns ingen rehabiliteringsplan. Jag ska genomgå följande rehabiliteringsåtgärder.

**3. Ansökan om rehabiliteringsersättning**

Jag ansöker om	från och med	till och med
<input type="checkbox"/> Rehabiliteringspenning	_____	_____
<input type="checkbox"/> Särskilt bidrag för merkostnader för perioden	_____	_____
Vilka slags merkostnader söker du bidrag för?		
Får du eller har du ansökt om annan ersättning för samma tid, till exempel lön, aktivitetsstöd, studiemedel eller annat?		
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vilken ersättning?		

**4. Övriga upplysningar**

--

**5. 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	Namn-teckning	

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