

## Utlåtande från arbetsgivaren

### Till dig som är sjukskriven

Vi har skickat ut den här blanketten för att din arbetsgivare tillsammans med dig ska gå igenom vilka möjligheter till anpassning eller tillfälliga arbeten som finns under din sjukskrivning. Uppgifterna använder vi när vi bedömer din rätt till sjukpenning om du blir sjukskriven längre än 90 dagar.

För att vi ska kunna göra vår bedömning i tid behöver du och din arbetsgivare tillsammans gå igenom vilka möjligheter till anpassning det finns under din sjukskrivning. Det är din arbetsgivare som ansvarar för din rehabilitering och för att fylla i blanketten.

Vi behöver få in svaret senast .

Hör av dig till din handläggare om svaret inte hinner komma in i tid.

### Till dig som är arbetsgivare

Vi har skickat ut den här blanketten därför att vi behöver uppgifter om en medarbetare som är sjukskriven. Uppgifterna behövs för att vi ska kunna bedöma rätten till sjukpenning för din medarbetare.

Vi behöver veta:

- Vilka möjligheter som finns att anpassa arbetet och ta tillvara medarbetarens arbetsförmåga inom hela er verksamhet.
- Vilka rehabiliteringsåtgärder som har vidtagits eller planeras framöver. (Övriga uppgifter).

Vi behöver ditt svar senast den .

Mer information finns också på [forsakringskassan.se/arbetsgivare](http://forsakringskassan.se/arbetsgivare). Där kan du som arbetsgivare läsa mer om ditt ansvar för rehabiliteringen, få tips om vilka tidiga insatser som kan förkorta sjukskrivningar och få information om Försäkringskassan samordningsansvar.

Med vänlig hälsning

Försäkringskassan

Datum

Personnummer

Skicka blanketten till  
Försäkringskassans inläsningscentral  
839 88 Östersund

**Se information på sidan 1.****1. Mina uppgifter**

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Utdelningsadress		Postnummer och ort
Telefon hem, även riktnummer	Telefon arbete, även riktnummer	Mobiltelefon

**2. Uppgifter om arbetsgivaren**

Arbetsgivarens/egna företags namn		
Arbetsgivarens/egna företags adress		
Ansvarig chef	Telefon, även riktnummer	Mobiltelefon

**3. Beskriv ordinarie arbetsuppgifter**

------------------

**4. Kan medarbetaren tillfälligt få andra arbetsuppgifter?**

<input type="checkbox"/> Nej, motivera varför	<input type="checkbox"/> Ja, beskriv vilka arbetsuppgifter		
Arbetsuppgifterna är tillgängliga från och med den	år, månad, dag	till och med den	år, månad, dag

**5. Finns det möjlighet att underlätta arbetssituationen i det ordinarie arbetet, till exempel genom arbetsanpassning, ändrade arbetstider, arbetsuppgifter eller arbetshjälpmedel?**

<input type="checkbox"/> Nej, motivera varför	<input type="checkbox"/> Ja, ange på vilket sätt arbetsuppgifterna kan anpassas

**6. Är det möjligt med omplacering till annat arbete (enligt 27 kap. 47 § SFB)?**

<input type="checkbox"/> Nej, motivera varför	<input type="checkbox"/> Ja, omplaceringen kan börja den	år, månad, dag

**7. Behöver din medarbetare arbetshjälpmedel, arbetsträning, arbetsanpassning, eller någon annan åtgärd för att kunna omplaceras till annat arbete (enligt 27 kap. 47 § SFB)?**

<input type="checkbox"/> Nej, motivera varför	<input type="checkbox"/> Ja, ange på vilket sätt arbetet kan underlättas

**8. Övriga upplysningar**

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

**9. Arbetsgivarens underskrift**

Datum	Namnteckning
Namnförtydligande	

**10. Medarbetarens underskrift**

Datum	Namnteckning
-------	--------------

**11. Facklig representant/skyddsombud har tagit del av utlåtandet**

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, ange namn och telefon	
Datum	Namnteckning	Telefon, även riktnummer
Namnförtydligande		

**12. Eventuella synpunkter från facklig representant/skyddsombud**
