



Skicka blanketten till  
Försäkringskassans inläsningscentral  
839 88 Östersund

Den här blanketten är till för dig som är anställd, fri yrkesutövare, uppdragstagare eller egenföretagare.

Försäkringskassan kan bevilja bidrag till arbetshjälpmedel till och med månaden innan du fyller 67 år.

Om du har varit anställd i mindre än 12 månader eller är arbetssökande, ska du istället kontakta Arbetsförmedlingen. Det ska du även göra om du är anställd med lönebidrag, har en offentligt skyddad anställning, en utvecklingsanställning eller en trygghetsanställning. Om du är anställd hos Samhall med anledning av din funktionsnedsättning är det Samhall som ansvarar för att skaffa arbetshjälpmedel. Be din närmaste chef om hjälp.

### 1. Du som behöver arbetshjälpmedel

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Funktionsnedsättning	Vi behöver ett aktuellt medicinskt underlag som styrker funktionsnedsättningen. Det kan till exempel vara ett läkarutlåtande eller ett audiogram.	
Beskriv dina arbetsuppgifter		
Beskriv varför du behöver arbetshjälpmedel		
<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga		

### 2. Uppgifter om din arbetsgivare

Företagets namn		Kontaktperson
Adress	Postnummer och ort	
Arbetsgivarens e-postadress	Arbetsgivarens telefonnummer	
Anställningsdatum	Anställningsform, till exempel tillsvidare, timanställning, visstid	

### 3. Uppgifter om eget företag

Företagets namn		Organisationsnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
När blev du egenföretagare?	Har du några anställda?	ange antal
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	

**4. Vad gäller din ansökan?**

Jag ansöker om bidrag för		
<input type="checkbox"/> att köpa ett arbetshjälpmedel	<input type="checkbox"/> att reparera ett arbetshjälpmedel	<input type="checkbox"/> en expertundersökning
Tillverkare eller försäljare (namn, adress och telefon)		
Hur stort bidrag ansöker du om? kronor	Har du ansökt om bidrag från någon annan än Försäkringskassan? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, från _____	
<input type="checkbox"/> Jag har arbetshjälpmedel sedan tidigare	ange vilket hjälpmedel du har	

**5. Har du anlitat någon expert?**

<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	ange namn och telefon
--	-----------------------

**6. Har din arbetsgivare tagit del av ansökan?**

<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Eventuell kommentar från arbetsgivaren	<input type="checkbox"/> Jag lämnar min arbetsgivares kommentarer i en bilaga

**7. Kontouppgifter**

<input type="checkbox"/> Bankkonto	clearingnummer	kontonummer
<input type="checkbox"/> Bankgiro	nummer	
Kontohavare, om annan än du själv	<input type="checkbox"/> Jag ger fullmakt till nämnd kontohavare, att för min räkning ta emot bidrag för arbetshjälpmedel som den här ansökan gäller.	

**8. Vilka bilagor skickar du med?**

De här bilagorna behöver Försäkringskassan för att kunna fatta beslut.	<b>OBS! Skriv ditt personnummer och din namnteckning på alla handlingar som du skickar in.</b>
<input type="checkbox"/> Ett medicinskt underlag som styrker funktionsnedsättningen, till exempel ett läkarutlåtande eller ett audiogram	Här kan du skriva om du skickar med andra bilagor som du tycker är viktiga för din ansökan.
<input type="checkbox"/> En offert på arbetshjälpmedel, reparation eller expertutredning	<input type="checkbox"/> Intyg från tekniker om att ett arbetshjälpmedel är utdömt eller inte går att reparera
	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> _____

**9 Underskrift**

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

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