

Enviar el formulario a
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

1. Datos personales

Nombres y apellidos		Nº personal
Dirección postal		Código postal y Localidad
Nº de teléfono particular (incluya el prefijo)	Nº de teléfono laboral (incluya el prefijo)	Móvil

2. Información sobre el subsidio por desempleo

¿Está afiliado/a a la caja desempleo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Durante los últimos meses ha recibido Usted	subsidio diario de la caja de paro
Nombre y dirección de la caja de paro		

3. Trabajo remunerado fuera de Suecia

¿Ha trabajado en otro país? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, en	país	
¿Cobra subsidio por enfermedad de otro país? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, de	país	
¿Cobra Usted pensión, o ha solicitado pensión, de otro país? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, de	país	importe anual
¿Cobra Usted renta vitalicia o pensión de otro país a causa de accidente laboral? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, de	país	importe anual
Indique el nombre y la dirección de la autoridad que realiza el pago.		

4. Condiciones laborales anteriores

¿Qué tipo de trabajo realizó en los años previos a la reducción de la capacidad laboral? Indique la extensión de su trabajo. Si fue empleado, indique el nombre y la dirección del empleador. Si Usted es independiente, indique el nombre y la dirección de su empresa.

5. Trabajo e ingresos (Si tiene varios empleadores, también puede utilizar el cuadro "Información adicional")

Nombre y dirección del empleador, del arrendatario de servicios o de la propia empresa.		¿Su trabajo o servicio es fijo/continuo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ingresos de trabajo (rellene sólo una de las alternativas)	coronas por día semana mes	Jornada de trabajo (rellene sólo una de las alternativas)
¿Qué tareas realiza?		días por semana como promedio días al año horas por semana como promedio horas al año

6. Motivo de la reducción de la capacidad laboral

¿Por qué motivo no puede trabajar a jornada completa?	
¿Cuándo se redujo su capacidad laboral en un grado más significativo?	año, mes

7. Capacidad laboral restante

¿Qué tareas puede realizar todavía? ¿Existen otras tareas que podría realizar?

8. Médico/cuidador que le atiende

¿Qué médico o médicos le han atendido o qué cuidadores le han prestado asistencia para la enfermedad o lesión que reduce su capacidad laboral?	
	nombre del médico
<input type="checkbox"/> Adjunto dictamen médico	<input type="checkbox"/> He solicitado dictamen médico

9. Ocupaciones secundarias

¿Tiene ocupaciones o encargos secundarios?	desde	ingresos anuales
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Describa lo más exhaustivamente posible qué tareas incluyen sus ocupaciones/encargos secundarios.		
¿Con qué frecuencia y durante cuánto tiempo realiza la tarea en cuestión?		

10. Intereses del tiempo libre

Describa sus intereses del tiempo libre		
¿Percibe ingresos de algunas de sus actividades de tiempo libre?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
		importe anual

11. Rehabilitación

Describa lo más exhaustivamente posible la rehabilitación que Usted ha recibido, tanto médica como la orientada al mercado laboral		
¿Considera que una rehabilitación orientada a la inserción laboral sería valiosa para usted?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí

12. Educación recibida, además de la enseñanza primaria o equivalente

¿Ha recibido otra educación además de la enseñanza primaria o equivalente? ¿cuál o cuáles?	
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí

13. Situación familiar

Describa su familia, por ejemplo el número de personas, el número de hijos, el cuidado de los niños. Si está casado/a o vive en pareja, deberá indicar también la ocupación de su cónyuge o pareja.

14. Trabajos domésticos

Indique qué tareas domésticas realizaba antes en su hogar, por ejemplo quehaceres domésticos, jardinería, cuidado de pariente.

Indique qué tareas domésticas realiza actualmente.

15. Condiciones de la vivienda

Describa dónde está situada su vivienda, por ejemplo chalé, apartamento, la cantidad de habitaciones y las comunicaciones con la vivienda.

16. Ayuda en el hogar

¿Recurre usted a ayuda doméstica? | ¿para qué tareas?

No Sí

| coste mensual

17. Cuenta bancaria en el extranjero

Nº de cuenta. Si el depósito va a efectuarse en un banco de Europa, indique el número IBAN.

Nombre del banco en el extranjero

Código BIC del banco en el extranjero (dirección SWIFT)

Dirección del banco en el extranjero

Código postal del banco en el extranjero

Localidad

País

18. Accidente de trabajo

¿Ha notificado un accidente de trabajo a Försäkringskassan? | ¿en qué año?

No Sí

¿A qué accidente o enfermedad se refirió la notificación?

19. Información adicional

	<input type="checkbox"/> Adjunto información adicional como anexo

20. Firma

Declaro bajo juramento que todos los datos indicados en este folleto son completos y verdaderos. Cuando los datos se modifiquen deberé notificar a Försäkringskassan.

Soy consciente de que es un acto punible suministrar datos incorrectos, omitir datos o no notificar a Försäkringskassan cuando los datos que he suministrado se modifiquen.

Fecha

Firma

La información suministrada es procesada en el sistema de datos de Försäkringskassan. Para más información, lea el folleto "Försäkringskassans personregister" [Registro de las personas de Försäkringskassan]