

Skicka blanketten till  
Försäkringskassan  
Box 83  
374 22 Karlshamn

**1. Uppgifter om anordnaren av arbetsplatsnära stöd**

Namn		Organisationsnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
Kontaktperson		Telefon, även riktnummer
E-postadress		
<input type="checkbox"/> Anordnaren kan bistå arbetsgivaren i systematiskt arbetsmiljöarbete enligt 3 kap. 2a § arbetsmiljölagen	<input type="checkbox"/> Anordnaren uppfyller kriterierna i 3 kap. 2 c § arbetsmiljölagen (1977:1160)	

**2. Uppgifter om anordnarens tjänster**

Har ni tjänster för att förebygga sjukfall och utreda arbetstagares arbetsrelaterade och icke-arbetsrelaterade sjukdomar och skador samt att initiera stödåtgärder för återgång? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har ni resurser att tidigt koordinera medicinska och arbetsanpassade insatser, till exempel rehabiliteringsinsatser som en arbetsgivare ska göra enligt arbetsmiljölagen (1977:1160) eller 30 kap. 6 § socialförsäkringsbalken? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har ni resurser att förse arbetsgivaren med den redovisning (FK7008) som behövs för att ansöka om bidrag för arbetsplatsnära stöd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

**3. Uppgifter om företagshälsovårdens kompetens**

Markera med kryss vilka kompetenser ni har tillgång till enligt Försäkringskassans föreskrifter FKFS 2014:1 om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsnära stöd.	Om anordnaren har flera enheter ska samtliga enheter ha tillgång till kompetensen.  För att bli godkänd krävs sex kompetenser av sju.  Bifoga handlingar som styrker kompetenserna.
<input type="checkbox"/> Medicin (obligatorisk)	<input type="checkbox"/> Arbetsorganisation
<input type="checkbox"/> Rehabilitering (obligatorisk)	<input type="checkbox"/> Beteendevetenskap
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ergonomi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Teknik
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hälsovetenskap

**4. Övriga upplysningar**

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

**5. Underskrift**

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
-------	-------------	-------------------

Uppgifterna hanteras i Försäkringskassans datasystem. Läs mer i broschyren "Försäkringskassans personregister".