

5. Uppgifter om ditt arbete

Vi har fyllt i de uppgifter vi har om ditt arbete i rutan nedan. Om uppgifterna saknas eller om något är fel, fyll i uppgifterna under rubriken 5.a. Arbetsgivare eller eget företag (nya eller ändrade uppgifter).

| De här uppgifterna har Försäkringskassan om ditt arbete (fyll inte i något även om fälten är tomma) | | |
|---|----------------------------------|-----------------------|
| Arbetsgivarens/Egna företagets namn | Yrke | Arbetstid % |
| Arbetsgivarens/Egna företagets adress | Organisationsnummer (10 siffror) | Telefon arbetsgivaren |

| 5.a Arbetsgivare eller eget företag (nya eller ändrade uppgifter) | | |
|---|-----------------------|----------------|
| Arbetsgivarens/Egna företagets namn | Yrke | Arbetstid % |
| Arbetsgivarens/Egna företagets adress | | |
| Organisationsnummer (10 siffror) | Telefon arbetsgivaren | |
| <input type="checkbox"/> Jag har en utländsk arbetsgivare som saknar svenskt organisationsnummer | | |
| <input type="checkbox"/> Jag har fler än en arbetsgivare eller eget företag och fyller i uppgifter under punkt 7, Övriga upplysningar | | |

| | | |
|--|---------------------|-------------|
| De här numren är till för maskinell avläsning. Fyll inte i något även om fälten är tomma. | Organisationsnummer | CFAR-nummer |
|--|---------------------|-------------|

5.b Vad har du för arbetsuppgifter?

Fyll i dina arbetsuppgifter och om du till exempel har ett stillasittande arbete eller utför tunga lyft

Ordinarie arbetstid i timmar per månad per vecka

6. Vilka bilagor skickar du med?

Försäkringskassan behöver ett läkarutlåtande för att kunna handlägga ditt ärende.

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Jag skickar med läkarutlåtandet | <input type="checkbox"/> Min läkare skickar in läkarutlåtandet |
| <input type="checkbox"/> Jag skickar med ett individuellt behandlingsschema | <input type="checkbox"/> Annat: _____ |

7. Övriga upplysningar (frivilligt)

| |
|--|
| |
|--|

8. 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 | Namnteckning | |

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