

Skicka blanketten till  
Försäkringskassan  
Box 83  
374 22 Karlshamn

Använd den här blanketten för insatser som påbörjades efter den 30 juni 2018. För insatser som påbörjades innan dess, använd blankett 7013.

### 1. Uppgifter om arbetsgivare

|   |                               |                     |
|---|-------------------------------|---------------------|
| Namn på arbetsgivare  |                               | Organisationsnummer |
| Utdelningsadress  | Postnummer och ort            | Telefon             |
| Kontaktperson hos arbetsgivaren, till exempel närmaste chef |                               |                     |
| Kontaktpersonens mobil                                      | Kontaktpersonens e-postadress |                     |

### 2. Uppgifter om utförda insatser

|   |  |  |
|---|--|--|
| Den anställdas personnummer (12 siffror)  | Namn på leverantören som har utfört insatserna | Kostnad i kronor, exklusive moms   |
| Kryssa i vilka insatser som har utförts:<br><input type="checkbox"/> Utredda<br><input type="checkbox"/> Planera<br><input type="checkbox"/> Initiera<br><input type="checkbox"/> Genomföra<br><input type="checkbox"/> Följa upp<br>} arbetsplatsinriktade rehabiliteringsåtgärder |  | Information om vad de olika insatserna innebär finns i Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2014:1) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete. |
| <input type="checkbox"/> Jag bifogar underlag som styrker kostnader och leverantörer.   |  |  |

### 3. Kontouppgifter

|   |                                   |                                   |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bankkonto          | <input type="checkbox"/> Bankgiro | <input type="checkbox"/> PlusGiro |
| Clearingnummer   kontonummer                | Nummer                            |                                   |
| Referensnummer för utbetalning (frivilligt) |                                   |                                   |

**4. Underskrift**

Jag försäkrar att uppgifterna som jag lämnat är riktiga och fullständiga. Jag vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter eller att utelämna något.

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

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

**Försäkringskassans anteckningar**

|                                 |                        |                 |                                   |   |
|---------------------------------|------------------------|-----------------|-----------------------------------|---|
| Konto förmån                    | Kostnadsställe<br>0670 | Konto betaltväg | Belopp att utbetala               | Bokföringstext<br>Arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd |
| Handläggarens underskrift       |                        |                 | Attestansvarigs underskrift       |   |
| Handläggarens namnförtydligande |                        |                 | Attestansvarigs namnförtydligande |   |