



Skicka blanketten till

Försäkringskassan

Box 83

374 22 Karlshamn

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: <input type="checkbox"/> Utredda <input type="checkbox"/> Planera <input type="checkbox"/> Initiera <input type="checkbox"/> Genomföra <input type="checkbox"/> Följa upp } 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.

Försäkringskassans anteckningar

Konto förmån	Kostnadsställe 0670	Konto betaltväg	Belopp att utbetala	Bokföringstext Arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd
Handläggarens underskrift			Attestansvarigs underskrift	
Handläggarens namnförtydligande			Attestansvarigs namnförtydligande	