

Skicka blanketten till  
Försäkringskassan  
Box 83  
374 22 Karlshamn

**Fyll i en blankett per anställd**

Du kan bara ansöka för en anställd på varje blankett. Bifoga underlag som styrker kostnad och leverantör för respektive anställd till varje ansökan.

**Ansök senast den 1 februari för insatser som utförts året innan**

Ansökan för utredningar och insatser som gjorts under ett år ska komma in till Försäkringskassan senast den 1 februari året därpå. Ansök för dessa även om flera insatser pågår eller är planerade för samma anställd.

**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. Kontouppgifter**

<input type="checkbox"/> Bankkonto	<input type="checkbox"/> Bankgiro	<input type="checkbox"/> PlusGiro
Clearingnummer   kontonummer	Nummer	
Referens för utbetalning (till exempel namn eller kostnadsställe)		

**Var god vänd****Försäkringskassans anteckningar**

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

**3. Uppgifter om den anställda och 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"/> Utreda <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.		

**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).