

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

Den här blanketten består av två delar. Du som begär ersättning ska fylla i punkterna 1-5.
Den förälder som överlåter sin rätt till ersättning ska fylla i punkterna 6 -10.

1. Namn och personnummer

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)	Barnets personnummer
-----------------------	---------------------------	----------------------

2. Anledning till frånvaro

Barnets sjukdom eller smitta	<input type="checkbox"/> Feber	<input type="checkbox"/> Förkylning	<input type="checkbox"/> Ont i halsen	<input type="checkbox"/> Ont i magen	<input type="checkbox"/> Ont i öronen
Annan sjukdom	<input type="checkbox"/> Ja	Fyll i sjukdomen			
Annan anledning	<input type="checkbox"/> Ja	Fyll i anledningen			
Barnets ordinarie vårdare är sjuk eller har smitta	<input type="checkbox"/> Ja	Om ja, fyll i namn och personnummer			
Kontakttag för vissa funktionshindrade barn	<input type="checkbox"/> Ja	Fyll i anledning			
<input type="checkbox"/> Jag bifogar ett läkarintyg.	Läkarintyg behövs om barnet eller den ordinarie vårdaren har varit sjuk i mer än sju dagar.				

64221103

3. Dagar som jag har avstått helt från det arbetsmarknadspolitiska programmet

År	Månad	Dag	År	Månad	Dag	År	Månad	Dag
Dag 1			Dag 2			Dag 3		
Dag 4			Dag 5			Dag 6		
Dag 7			Dag 8			Dag 9		

4. Övriga upplysningar

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

5. Underskrift

Jag försäkrar att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga. Jag vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter och att utelämna något.		Telefon dagtid, även riktnummer
Datum	Namnteckning	Telefon kvällstid, även riktnummer

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

Här fyller föräldern i för att intyga och överlåta sin rätt till tillfällig föräldrapenning, aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning.

6. Överlåtelse av min rätt till tillfällig föräldrapenning, aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning

Jag överlåter rätten till tillfällig föräldrapenning, aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning till den person som på denna blankett begär ersättning för att jag arbetar eller deltar i program är sjuk och kan varken arbeta, delta i program eller vårda barn

Följande dagar skulle jag behövt avstå från arbete/program för vård av barn

År	Månad	Dag	År	Månad	Dag	År	Månad	Dag
Dag 1			Dag 2			Dag 3		
Dag 4			Dag 5			Dag 6		
Dag 7			Dag 8			Dag 9		

7. Var är barnet när du arbetar eller deltar i ett arbetsmarknadspolitiskt program?

Skriv namnet på förskolan, skolan, fritidshemmet eller den person där barnet brukar vara Telefon, även riktnummer

8. Bor du ihop med barnets andra förälder?

<input type="checkbox"/> Nej. Gå till punkt 9.	<input type="checkbox"/> Ja. Fyll i nedan
Har den andra föräldern arbetat under barnets vårdperiod?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej. Anledning: _____

9. Övriga upplysningar

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

10. Föräldrarnas underskrift

Föräldrarnas namn <input type="text"/>	Föräldrarnas personnummer <input type="text"/>
Jag försäkrar att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga. Jag vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter och att utelämna något.	
Datum <input type="text"/>	Namnteckning <input type="text"/>

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.