

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

För att kunna ansöka behöver du *antingen* vara personlig assistent till din närstående *eller* vara beviljad närståendepening för din närstående. Du behöver styrka din närståendes riskgrupp med ett läkarintyg (gäller ej den som är 70 år eller äldre).

1. Du som ansöker

| | | |
|-----------------------|--------------------|---------------------------|
| Förnamn och efternamn | | Personnummer (12 siffror) |
| Adress | Postnummer och ort | |

2. Den närstående

| | | |
|-----------------------|--------------------|---------------------------|
| Förnamn och efternamn | | Personnummer (12 siffror) |
| Adress | Postnummer och ort | |

3. Den närstående tillhör en riskgrupp och har någon/några av följande sjukdomstillstånd eller är 70 år eller äldre

- en cancersjukdom med pågående eller nyligen avslutad behandling, med undantag för hormonell adjuvant behandling
- samtidig förekomst av mer än en av diagnoserna (Du måste ha minst två av nedanstående)
- hjärt-kärlsjukdom (svår hjärtsvikt, pulmonell arteriell hypertension, kronisk tromboembolisk pulmonell hypertension, komplicerad medfödd hjärtsjukdom, klaffsjukdom med uttalad påverkan på hjärtfunktionen)
 - hypertoni
 - diabetes med komplikationer i minst ett organsystem
 - kraftigt nedsatt njurfunktion (CKD stadium 4 och 5)
 - kronisk lungsjukdom med väsentligt minskad lung (<50 %) eller
 - kronisk leversjukdom med cirrhosutveckling
- diagnosen fetma och body mass index (BMI) 40 och däröver
- en neurologisk eller neuromuskulär sjukdom eller skada med påverkan på andningsfunktionen
- binjurebarksvikt
- genomgången transplantation med fortgående immunmodulerande behandling
- immunbristtillstånd som svår kombinerad immunbrist (SCID), sickle-cells-anemi, hiv med låg CD4-nivå,
- kraftigt nedsatt allmäntillstånd som extrem undervikt
- högdosbehandling eller långtidsbehandling med kortison eller andra läkemedel i dos som kan öka infektionskänsligheten
- flerfunktionsnedsättning (intellektuell funktionsnedsättning och samtidig rörelsenedsättning) som innebär ökad risk att drabbas svårt vid covid-19

4. Läkarintyg

Du behöver styrka din närståendes sjukdomstillstånd med ett läkarintyg "Om din närstående har fyllt 70 år eller är äldre behövs inget läkarintyg".

- Jag bifogar ett läkarintyg
- Jag kommer att skicka in ett läkarintyg
- Den närstående har sedan tidigare ett läkarintyg hos Försäkringskassan
- Läkarintyg obehövt, min närstående är 70 år eller äldre

5. Jag är personlig assistent eller är beviljad närståendepenning

- Jag är personlig assistent till den närstående som är beviljad assistansersättning och jag har arbetat minst 80 timmar senaste månaden.
- Jag är beviljad närståendepenning för den närstående.

6. Din arbetssituation

- Jag kan inte arbeta hemifrån och har inte erbjudits andra arbetsuppgifter av min arbetsgivare.

7. Jag har avstått mitt förvärvsarbete i följande omfattning.

Ange den tid du avstår arbete utöver tiden du vårdar en närstående eller arbetar som personlig assistent. Hel omfattning (1/1) motsvarar heltid 40 timmar/vecka och halv omfattning (1/2) motsvarar 20 timmar/vecka.

| Vilken period? | | Hur stor del av dagen? | | | |
|----------------|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Från och med | Till och med | 1/1 | 3/4 | 1/2 | 1/4 |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Vård på sjukhus eller liknande vårdinrättning?

- Den anhörige har under perioden som jag sökt ersättning för inte vistats på sjukhus eller liknande vårdinrättning.

9. Min boendesituation

Jag delar hushåll med den jag vårdar/arbetar som assistent åt

 Ja Nej**10. Uppgifter om ditt arbete**

| | |
|--|-----------------------|
| Arbetsgivarens/Egna företagets namn | Yrke |
| 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 nedan. | |

11. Kontouppgifter**Anmäl konto för utbetalning**

Om du inte har anmält något konto för alla utbetalningar från Försäkringskassan så kan du göra det på Mina sidor eller med blanketten *Anmälan om konto* (5605). Du kan bara anmäla ett konto som tillhör dig själv. Om du vill att dina utbetalningar ska gå till en annan persons konto ska du istället fylla i blanketten *Fullmakt - Utbetalning till en annan person* (5606).

12. Underskrift

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga. När uppgifterna förändras måste jag meddela Försäkringskassan.

Jag vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter, att utelämna något eller att inte meddela Försäkringskassan när uppgifterna jag lämnat förändras.

| | | |
|------------------------|---------------|---------|
| Datum (år, månad, dag) | Namnsteckning | Telefon |
|------------------------|---------------|---------|

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