



År och månad

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Personnummer

Skicka blanketten till  
Försäkringskassans inläsningscentral  
839 88 Östersund

**1. Namn och personnummer**

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

**2. Har utbetald assistansersättning för månaden använts till köp av personlig assistans?**

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej, det finns _____ kronor kvar
-----------------------------	---

**3. Underskrift**

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga. Jag vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter.

Datum	Namnteckning	Telefon dagtid, även riktnummer
-------	--------------	---------------------------------

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

**4. Fyll i här om du som skrivit under är god man eller förvaltare**

Namnförtydligande	Personnummer (12 siffror)
-------------------	---------------------------

30950101