



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. 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)	Namnteckning	Telefon
------------------------	--------------	---------

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)
-------------------	---------------------------