

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

Den här ansökan kan du också fylla i på forsakringskassan.se.

1. Du som ansöker

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Utdelningsadress	Postnummer och ort	

2. Omfattning och period

Om du har ett fysiskt ansträngande arbete kan du få ersättning tidigast från och med den 60:e dagen före beräknad förlossning. Du kan få ersättning längst till och med den 11:e dagen före beräknad förlossning.

Jag ansöker om	<input type="checkbox"/> hel (100 %)	<input type="checkbox"/> tre fjärdedels (75 %)	<input type="checkbox"/> halv (50 %)	<input type="checkbox"/> en fjärdedels (25 %)	graviditetspenning
Från och med, datum	till och med, datum				

3. 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	
Jag arbetar <input type="checkbox"/> heltid <input type="checkbox"/> deltid ____ % <input type="checkbox"/> Jag är timanställd	

4. Har du mer än ett arbete?

<input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Jag skickar in en ansökan även för mitt andra arbete <input type="checkbox"/> Jag kan fortsätta mitt andra arbete och jag lämnar uppgifter om det arbetet nedan
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	
Jag arbetar <input type="checkbox"/> heltid <input type="checkbox"/> deltid ____ % <input type="checkbox"/> Jag är timanställd	

5. Fyll i här om du ansöker på grund av fysiskt ansträngande arbetsuppgifter

Här lämnar du uppgifter om ditt arbete om du ansöker på grund av fysiskt ansträngande arbetsuppgifter. Ett fysiskt ansträngande arbete kan till exempel vara ett arbete som innebär tunga lyft, svåra rörelser eller monotona rörelser som ger ensidig belastning. Om du inte får plats kan du skriva på ett separat papper. Tänk på att skriva ditt personnummer på alla papper du skickar in.

5.a Har du begärt omplacering till andra arbetsuppgifter?

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
------------------------------	-----------------------------

5.b Uppgifter om dina arbetsuppgifter

Beskriv dina arbetsuppgifter och vilka situationer som kan uppstå under en arbetsdag

Beskriv hur graviditeten hindrar dig från att utföra dina arbetsuppgifter

5.c Kan du undvika ansträngande arbetsuppgifter?

<input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Ja, om någon hjälper mig	Beskriv i vilken omfattning du kan få hjälp
<input type="checkbox"/> Ja, genom att använda arbetshjälpmedel	Beskriv vilka arbetshjälpmedel du använder

5.d Kan du ta pauser från ansträngande arbetsuppgifter?

<input type="checkbox"/> Nej, eftersom jag arbetar ensam
<input type="checkbox"/> Ja, eftersom flera personer arbetar samtidigt med samma arbetsuppgifter

5.e Har du fysiska eller medicinska besvär med anledning av din graviditet?

<input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Ja	Beskriv vilka besvär du har

6. Fyll i här om du ansöker på grund av risker i arbetsmiljön

<input type="checkbox"/> Jag är anställd och förbjuden av min arbetsgivare att fortsätta arbeta under graviditeten	från och med, datum
<input type="checkbox"/> Jag är egenföretagare och har blivit rekommenderad av arbetsmiljöspecialist att sluta arbeta	från och med, datum

7. Uppgifter om din inkomst

Här lämnar du uppgifter om ditt arbete om du inte gjort det tidigare. Skriv inte något i de grå rutorna utan fyll i uppgifterna under rubriken 7.a.

Information om hur du fyller i uppgifterna finns i det bifogade informationsbladet eller på forsakringskassan.se.

Här ser du uppgifter som Försäkringskassan har beslutat om din inkomst (fyll inte i något även om fälten är tomma)			
Uppgifterna gäller från och med			
Årsinkomst, anställning kr	Arbetstid per år dagar	Årsinkomst, näringsverksamhet timmar	Karensdagar, näringsverksamhet kr dag/dagar

7.a Inkomst från anställning (nya eller ändrade uppgifter)	
Årsinkomst, anställning (kronor)	Arbetstid per år i antal dagar eller timmar <input type="checkbox"/> dagar <input type="checkbox"/> timmar
Lönen överenskommen	Datum när lönen började gälla
7.b Inkomst från näringsverksamhet (nya eller ändrade uppgifter)	
Årsinkomst, näringsverksamhet (kronor)	Karensdagar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90

8. Kommer hela eller delar av din årsinkomst från arbete utomlands?

<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
--

9. Övriga upplysningar

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

10. Vilka bilagor kommer du att skicka med?

<input type="checkbox"/> Intyg om graviditet (7211)
<input type="checkbox"/> Utlåtande från arbetsgivaren - omplacering av en gravid anställd (7206)
<input type="checkbox"/> Särskilt läkarutlåtande för egenföretagare vid risker i arbetsmiljön (7204)
<input type="checkbox"/> Annat: _____

11. Underskrift

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga. När uppgifterna förändras måste jag meddela Försäkringskassan.	Telefon dagtid, även riktnummer
Jag vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter, att utelämna något eller att inte meddela Försäkringskassan när uppgifterna jag lämnat förändras.	Telefon kvällstid, även riktnummer
Datum	Namnsteckning

Uppgifterna hanteras i Försäkringskassans datasystem. Läs mer i broschyren "Försäkringskassans personregister".