

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

**1. Du som ansöker**

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

**2. Vilande sjukersättning under längst 24 månader**

Jag ansöker om			
<input type="checkbox"/> helt	<input type="checkbox"/> tre fjärdedels	<input type="checkbox"/> halvt	<input type="checkbox"/> en fjärdedels vilande sjukersättning
från och med, månad och år		till och med, månad och år	
Min ansökan gäller tiden			
Arbetsgivarens/uppdragsgivarens namn, adress och telefon. Vid egen verksamhet, adress där verksamheten bedrivs.			
timmar per dag		timmar per vecka	
Arbetstid			

**3. Uppgifter för skatteavdrag**

Kommer du att ha annan inkomst än eventuell sjukersättning?		
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, fyll i nedan	
Arbetsinkomst	kronor per månad	utbetalarens namn och adress
Tjänstepension	kronor per månad	utbetalarens namn och adress
Uppgifterna behövs för att Försäkringskassan ska kunna avgöra vem som ska dra skatt enligt skattetabell.		

**4. Övriga upplysningar**

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

**5. 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 kvälltid, även riktnummer
Datum	Namnteckning	

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