

Skicka blanketten till  
Försäkringskassan  
FE 179  
831 88 Östersund

Skriv ditt namn och personnummer. Om du är ombud, god man eller förvaltare för den som beslutet gäller skriver du den personens namn och personnummer. Skriv endast barnets namn och personnummer om beslutet gäller assistansersättning till ett barn.

**1. Namn och personnummer på den som beslutet gäller**

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

**2. Vem begär omprövning?**

<input type="checkbox"/> Jag själv som beslutet gäller	Telefon, även riktnummer
--	--------------------------

<input type="checkbox"/> Jag som är personens ombud, god man eller förvaltare	Namn	Personnummer (12 siffror)
	Adress	Telefon, även riktnummer
<input type="checkbox"/> vårdnadshavare till barn - assistansersättning		

<input type="checkbox"/> Jag som är arbetsgivare	Företagets/organisationens namn	Organisationsnummer
	Adress	
	Kontaktperson	Telefon, även riktnummer

**3. Vilket beslut vill du ha ändrat?**

<input type="checkbox"/> Arbetsskador	<input type="checkbox"/> Barnbidrag	<input type="checkbox"/> Gravitetetspenning	<input type="checkbox"/> Sjukpenning
<input type="checkbox"/> Aktivitetsersättning	<input type="checkbox"/> Bostadsbidrag	<input type="checkbox"/> Merkostnadsersättning	<input type="checkbox"/> Sjukpenninggrundande inkomst
<input type="checkbox"/> Aktivitetsstöd	<input type="checkbox"/> Bostadstillägg	<input type="checkbox"/> Omvårdnadsbidrag	<input type="checkbox"/> Tillfällig föräldrapenning
<input type="checkbox"/> Assistansersättning	<input type="checkbox"/> Föräldrapenning	<input type="checkbox"/> Sjukersättning	<input type="checkbox"/> Underhållsstöd
<input type="checkbox"/> Annan förmån: _____			

Beslutsdatum (år, månad, dag)	Vilket datum tog du del av beslutet? (år, månad, dag)
-------------------------------	---

**4. Skickar du med några bilagor?**

<input type="checkbox"/> En fullmakt som visar att jag är ombud. (Använd gärna blanketten <i>Fullmakt för ombud</i> (5607). Den finns på <a href="http://forsakringskassan.se">forsakringskassan.se</a>	
<input type="checkbox"/> Ny information	<input type="checkbox"/> Annat: _____

**5. Varför och på vilket sätt vill du att beslutet ändras?**

Du kan även lämna mer information om varför och på vilket sätt du vill att beslutet ändras i en bilaga till blanketten.

70240202

FK 7024 (006 F 004) Fastställt av Försäkringskassan