



Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

Skicka in ansökan när adoptionen är giltig och ni har fått beslutet om att ni är vårdnadshavare för barnet. Vid adoption enligt Haagkonventionen räcker det med ett intyg enligt artikel 23 i konventionen. Försäkringskassan måste få er ansökan inom ett år från det att adoptionen blev giltig.

1. Uppgifter om barnet

| | | |
|------------------------------|------------------------------------|---------------------------|
| Förnamn och efternamn | | Personnummer (12 siffror) |
| Barnets ursprungliga hemland | Barnets ursprungliga medborgarskap | |

2. Uppgifter om förälder

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

3. Uppgifter om förälder

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

4. Uppgifter om adoptionen

| | | |
|---|-------------------------------|---|
| Beslut om adoptionen finns från | | |
| <input type="checkbox"/> Svensk domstol | <input type="checkbox"/> MFoF | <input type="checkbox"/> Certifikat enligt artikel 23 i Haag-konventionen |
| <input type="checkbox"/> Kopia av beslutet eller av en handling som styrker adoptionen bifogas (obligatoriskt). | | |
| Organisation som har förmedlat adoptionen _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Kopia av handling som styrker förmedlingen bifogas (obligatoriskt). | | |

OBS! Bidraget är 75 000 kronor för föräldrar som har fått barnet i sin vård den 1 januari 2017 eller senare. Om ni har fått barnet i er vård före den 1 januari 2017 får ni bidrag med 40 000 kronor. Välj hur det ska fördelas. Om hela bidraget ska betalas till en förälder ska bara den förälderns kontouppgifter fyllas i.

5. Konto för utbetalning

| | | |
|---|----------------|-------------|
| _____ kronor ska betalas ut till förälder under punkt 2 | | |
| Typ av konto | clearingnummer | kontonummer |
| <input type="checkbox"/> Bankkonto <input type="checkbox"/> Personkonto | | |
| _____ kronor ska betalas ut till förälder under punkt 3 | | |
| Typ av konto | clearingnummer | kontonummer |
| <input type="checkbox"/> Bankkonto <input type="checkbox"/> Personkonto | | |

6. 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 | Namnteckning förälder under punkt 2 | Telefon, även riktnummer |
| Datum | Namnteckning förälder under punkt 3 | Telefon, även riktnummer |

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.