

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund


Finns som e-tjänst på Mina sidor**1. Du som ansöker**

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

2. Omfattning och tid

Hur stor del av din sjukersättning ska vara **vilande**?

100 procent

75 procent

50 procent

25 procent

Min ansökan gäller för tiden från och med, månad och år till och med, månad och år

3. Uppgifter om ditt arbete under perioden med vilande ersättning

Min första arbetsdag datum (år, månad, dag)

<input type="checkbox"/> Jag kommer vara anställd	Arbetsgivarens eller uppdragsgivarens namn och telefon
<input type="checkbox"/> Jag kommer vara behovsanställd eller timanställd	Arbetsgivarens eller uppdragsgivarens namn och telefon
<input type="checkbox"/> Jag kommer ha eget företag	Företagets namn och telefon

3.a Arbetstidens förläggning

Kommer du att arbeta samtidigt som du har aktivitetsersättning? Nej Ja, fyll i nedan

Jag kommer arbeta regelbundet och anger i tabellen nedan hur jag förlägger arbetstiden under en vecka.

Jag kommer arbeta oregelbundet eller enligt rullande schema och lämnar en beskrivning av mitt schema under övriga upplysningar eller i en bilaga till min ansökan. (Skriv ditt personnummer på din bilaga.)

Ange arbetstid i timmar och minuter	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lördag	Söndag
Min arbetstid							

4. Uppgifter om din inkomst under perioden med vilande ersättning

Försäkringskassan behöver uppgifterna för att kunna avgöra vem som ska dra skatt enligt skattetabell.

Vad kommer du att tjäna per månad i kronor före skatt? Om du har timlön ska du räkna om det till månadslön. kronor
Kommer du att ha annan inkomst, till exempel tjänstepension eller ersättning från AFA? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, fyll i nedan
Belopp per månad i kronor före skatt
Namn på utbetalare

5. Övriga upplysningar

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

6. Underskrift

Jag intygar på heder och samvete att de uppgifter jag lämnar är riktiga och fullständiga.

Jag vet att jag kan få betala tillbaka felaktigt utbetald ersättning. Jag vet att jag kan göra mig skyldig till brott om jag lämnar oriktiga eller ofullständiga uppgifter, eller inte meddelar Försäkringskassan när uppgifterna ändras.

Datum	Namnteckning	Telefon
-------	--------------	---------

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