



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) |
|-----------------------|---------------------------|

Om du ska donera organ, vävnad eller förberedas för donation, ska du fylla i punkt 2, 4 och 5.

2. Donation

| | |
|--------------------|------------------------------------|
| Vad ska du donera? | Vilket datum startade utredningen? |
|--------------------|------------------------------------|

3. Uppgifter om din sjukdom

| |
|---|
| Sjukdom |
| Beskriv dina sjukdomsbesvär och hur de påverkar din arbetsförmåga |
| Ange hur många sjukperioder du riskerar att få under ett år och hur långa de beräknas bli |

4. Uppgifter om ditt arbete

| | | |
|---------------------------------------|-----------------------|-------------|
| Arbetsgivarens/Egna företagets namn | Yrke | Arbetstid % |
| Arbetsgivarens/Egna företagets adress | | |
| Organisationsnummer (10 siffror) | Telefon arbetsgivaren | |

5. Fyll i här om du är helt eller delvis arbetslös

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jag är helt arbetslös | <input type="checkbox"/> Jag är delvis arbetslös |
|--|--|

