



Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

OBS! Blanketten ska fyllas i av den institution där personen vistas.

**1. Namn och personnummer**

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

**2. Uppgifter om institutionen**

|                                      |                    |         |
|--------------------------------------|--------------------|---------|
| Namn                                 |                    | Telefon |
| Utdelningsadress                     | Postnummer och ort |         |
| Kontaktperson, förnamn och efternamn |                    |         |

**3. Uppgifter om vistelse på institutionen** (Ska bara fyllas i vid påbörjad eller avslutad vistelse)

|  |                |
|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> Vistelse påbörjad | år, månad, dag |
| <input type="checkbox"/> Vistelse avslutad | år, månad, dag |

**4. Uppgifter om vistelse utanför institutionen**

OBS! Anmälan ska göras kvartalsvis.

**Fyll i de perioder som personen vistats i hemmet**

| Från och med (datum) | Till och med (datum) | Från och med (datum) | Till och med (datum) |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|                      |                      |                      |                      |
|                      |                      |                      |                      |

**5. Övriga upplysningar**

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

**6. Underskrift av den institution där personen vistas**

|       |              |
|-------|--------------|
| Datum | Namnteckning |
|-------|--------------|

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på [forsakringskassan.se](http://forsakringskassan.se).**7. Begäran om utbetalning av handikappersättning**

Fylls i av den som får handikappersättningen om anmälan gäller vistelse utanför institutionen

|   |              |
|---|--------------|
| Jag intygar att uppgifterna i punkt 4 är riktiga och jag begär utbetalning av handikappersättning för de dagar då jag vistats i hemmet. |              |
| Datum   | Namnteckning |

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på [forsakringskassan.se](http://forsakringskassan.se).