

Skicka blanketten till  
Försäkringskassans inläsningscentral  
839 88 Östersund

Den här blanketten ska fyllas i av dig som inte får sjukpenning eller aktivitetsersättning, men behöver stöd med att samordna rehabiliteringsinsatser för att kunna arbeta.

  
Finns som e-tjänst på Mina sidor

### 1. Du som ansöker

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

### 2. Arbete och behov av rehabilitering

Beskriv kortfattat varför du inte kan arbeta och vad du behöver för rehabilitering för att kunna arbeta. Om du vill kan du lämna uppgifterna muntligt i stället.

Beskriv varför du inte kan arbeta
Beskriv ditt behov av rehabilitering
<input type="checkbox"/> Jag lämnar uppgifterna i en bilaga <input type="checkbox"/> Jag vill lämna uppgifterna muntligt

### 3. Medicinskt underlag

För att bedöma ditt rehabiliteringsbehov behöver vi aktuella uppgifter från din läkare om varför du inte kan arbeta på grund av sjukdom, till exempel ett läkarutlåtande eller läkarintyg.

<input type="checkbox"/> Jag bifogar ett medicinskt underlag
<input type="checkbox"/> Jag har begärt ett medicinskt underlag och skickar det senare
<input type="checkbox"/> Försäkringskassan har redan ett aktuellt medicinskt underlag

#### 4. Kontakt med andra myndigheter

Kryssa för vilka du har kontakt med. Får du inte plats med namn och telefon till kontaktpersonen kan du också skriva under punkt 6. Övriga upplysningar.

<input type="checkbox"/> Kommunen	Kontaktperson, namn och telefon	
<input type="checkbox"/> Hälso- och sjukvården	Kontaktperson, namn och telefon	
<input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen	Kontaktperson, namn och telefon	
<input type="checkbox"/> Annan kontakt	Typ av kontakt	Kontaktperson, namn och telefon

#### 5. Medgivande

Försäkringskassan kan behöva fler uppgifter för att kunna handlägga ditt ärende. Därför behöver vi ditt medgivande till att hämta in och utbyta sekretessbelagda uppgifter och handlingar. Medgivandet är frivilligt och bara giltigt under den tid samarbetet pågår. Du kan när som helst ta tillbaka ditt medgivande.

Jag godkänner att Försäkringskassan hämtar in samt utbyter sekretessbelagda uppgifter och handlingar om mig med kontakterna jag har kryssat för under punkt 4, om uppgifterna är nödvändiga för att utreda, samordna och besluta om mitt behov av rehabilitering.

#### 6. Övriga upplysningar

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

#### 7. 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	Namnsteckning	Telefon

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

#### Vad händer när ansökan kommit in?

En handläggare kontaktar dig efter att din ansökan har kommit in till Försäkringskassan. Tillsammans går ni genom ansökan och du får information om den fortsatta handläggningen.