

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

1. Du som ansöker

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

2. Från och med vilken månad gäller din ansökan?

Månad, år	Du kan ansöka om handikappersättning upp till sex månader före ansökningsmånaden.
-----------	---

3. Uppgifter om din funktionsnedsättning

Har du en hörselskada?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Jag har svårt att uppfatta tal när jag använder hörapparat
Har du en synskada?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Jag saknar ledsyn
Har du någon annan funktionsnedsättning?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja. Fyll i nedan.	
Jag har följande funktionsnedsättning			Om du har någon annan funktionsnedsättning än hörselskada eller synskada så skriv kortfattat vad den består i.
			Vi behöver uppgifterna för att kunna förbereda ditt ärende.
<input type="checkbox"/> Jag bifogar ett läkarutlåtande			Vi behöver ha ett läkarutlåtande som styrker din funktionsnedsättning för att vi ska kunna ta ställning till din ansökan.
<input type="checkbox"/> Jag har begärt ett läkarutlåtande och skickar det senare			
<input type="checkbox"/> Läkarutlåtandet finns redan hos Försäkringskassan			

4. Behöver du hjälp av någon annan för att klara ditt dagliga liv?

<input type="checkbox"/> Nej		
<input type="checkbox"/> Ja	Beskriv vilken typ av hjälp du behöver för att klara ditt dagliga liv	
<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga	<input type="checkbox"/> Jag vill lämna uppgifterna muntligt till Försäkringskassan	

5. Behöver du hjälp av någon annan för att kunna arbeta eller studera?

<input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Ja	Beskriv vilken typ av hjälp du behöver för att kunna arbeta eller studera
<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga	<input type="checkbox"/> Jag vill lämna uppgifterna muntligt till Försäkringskassan

6. Har du extra kostnader på grund av din funktionsnedsättning?

<input type="checkbox"/> Nej					
<input type="checkbox"/> Ja	Kostnad för	Kronor	Per år	Per månad	Engångskostnad
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga	<input type="checkbox"/> Jag vill lämna uppgifterna muntligt till Försäkringskassan				

7. Fyll i här om du vill anmäla nytt eller ändrat konto

Fyll i det konto som du vill ha alla dina utbetalningar från Försäkringskassan till. Du kan bara anmäla ett konto som tillhör dig själv. Om du vill att dina utbetalningar ska gå till en annan persons konto ska du istället fylla i blanketten *Fullmakt - Utbetalning till en annan person (5606)*.

<input type="checkbox"/> Bankkonto	clearingnummer	kontonummer
<input type="checkbox"/> Personkonto i Nordea där kontonumret är detsamma som ditt personnummer		

8. Övriga upplysningar

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

9. Behöver du en tolk när Försäkringskassan har utredningssamtal med dig?

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Språk
------------------------------	-----------------------------	-------

10. Underskrift

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga. När uppgifterna förändras måste jag meddela Försäkringskassan.		Telefon dagtid, även riktnummer
Jag vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter, att utelämna något eller att inte meddela Försäkringskassan när uppgifterna jag lämnat förändras.		Telefon kvällstid, även riktnummer
Datum	Namnsteckning	

Uppgifterna hanteras i Försäkringskassans datasystem. Läs mer i broschyren "Försäkringskassans personregister".