

Datum

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund**Bra att veta när du ansöker**

Vi måste ha din ansökan senast inom tre månader från den första dag du vill ha närståendepenning för. Kom ihåg att bifoga ett läkarutlåtande för närståendepenning till din ansökan.

När du vill ha ersättning

När du vill ha ersättning ska du fylla i blanketten *Försäkran för närståendepenning* (7461). Den finns på forsakringskassan.se.

1. Du som ansöker

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

2. Från och med vilket datum vill du ha närståendepenning?

Jag ansöker om närståendepenning från och med (datum)

3. Den som är sjuk

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

4. Samtycke från den som är sjuk

<input type="checkbox"/> Jag samtycker till vården	
Datum	Namnteckning
<input type="checkbox"/> Av medicinska skäl kan den som är sjuk inte ge sitt samtycke.	
OBS! Detta måste framgå av det läkarutlåtande som du skickar in.	

5. Uppgifter om arbete

Arbetsgivarens/Egna företagets namn	Yrke	Arbetstid
		%
Arbetsgivarens/Egna företagets adress	Telefon, även riktnummer	

6. Fyll i här om du är arbetslös

Datum när mitt senaste arbete upphörde
--

7. Inkomstuppgifter

Uppgifterna gäller från (datum)	Skriv från och med vilket datum inkomsten har ändrats. Du som är anställd fyller sedan i 7.a. och du som är egenföretagare fyller i 7.b.	
_____ datum	I anslutning till den här blanketten finns en information om hur du beräknar inkomst och årsarbetstid.	
7.a. Inkomst av anställning		
Årsinkomst (kronor)	Årsarbetstid (dagar eller timmar)	antal dagar eller timmar
_____ kronor	<input type="checkbox"/> Dagar	_____
	<input type="checkbox"/> Timmar	_____
7.b. Inkomst av näringsverksamhet		
Årsinkomst (kronor)	Karenstid	<input type="checkbox"/> 1 dag <input type="checkbox"/> 7 dagar <input type="checkbox"/> 14 dagar
_____ kronor		<input type="checkbox"/> 30 dagar <input type="checkbox"/> 60 dagar <input type="checkbox"/> 90 dagar

8. Övriga upplysningar

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

9. 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	Namn-teckning	

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