

Skicka blanketten till
 Försäkringskassan
 FE 179
 839 88 Östersund

Skriv ditt namn och personnummer. Om du är ombud, god man eller förvaltare för den som beslutet gäller skriver du den personens namn och personnummer. Skriv endast barnets namn och personnummer om beslutet gäller assistansersättning till ett barn.

1. Namn och personnummer på den som beslutet gäller

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

2. Vem begär omprövning?

| | |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jag själv som beslutet gäller | Telefon, även riktnummer |
|--|--------------------------|

| | | |
|--|--------|---------------------------|
| Jag som är personens <input type="checkbox"/> ombud, god man eller förvaltare <input type="checkbox"/> vårdnadshavare till barn - assistansersättning | Namn | Personnummer (12 siffror) |
| | Adress | Telefon, även riktnummer |

| | | |
|---|---------------------------------|--------------------------|
| Jag som är <input type="checkbox"/> arbetsgivare <input type="checkbox"/> _____ | Företagets/organisationens namn | Organisationsnummer |
| | Adress | |
| | Kontaktperson | Telefon, även riktnummer |

3. Vilket beslut vill du ha ändrat?

| | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arbetsskador | <input type="checkbox"/> Barnbidrag | <input type="checkbox"/> Graviditetspenning | <input type="checkbox"/> Sjukpenning |
| <input type="checkbox"/> Aktivitetsersättning | <input type="checkbox"/> Bostadsbidrag | <input type="checkbox"/> Merkostnadsersättning | <input type="checkbox"/> Sjukpenninggrundande inkomst |
| <input type="checkbox"/> Aktivitetsstöd | <input type="checkbox"/> Bostadstillägg | <input type="checkbox"/> Omvårdnadsbidrag | <input type="checkbox"/> Tillfällig föräldrapenning |
| <input type="checkbox"/> Assistansersättning | <input type="checkbox"/> Föräldrapenning | <input type="checkbox"/> Sjukersättning | <input type="checkbox"/> Underhållsstöd |
| <input type="checkbox"/> Annan förmån: _____ | | | |

| | |
|-------------------------------|---|
| Beslutsdatum (år, månad, dag) | Vilket datum tog du del av beslutet? (år, månad, dag) |
|-------------------------------|---|

4. Skickar du med några bilagor?

| | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> En fullmakt som visar att jag är ombud. (Använd gärna blanketten <i>Fullmakt för ombud</i> (5607). Den finns på forsakringskassan.se | |
| <input type="checkbox"/> Ny information | <input type="checkbox"/> Annat: _____ |

5. Varför och på vilket sätt vill du att beslutet ändras?

Du kan även lämna mer information om varför och på vilket sätt du vill att beslutet ändras i en bilaga till blanketten.

70240202

FK 7024 (007 F 001) Fastställt av Försäkringskassan