

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund


**Finns som e-tjänst på Mina sidor**

Om anmälan gäller ett barn under 18 år ska barnets uppgifter fyllas i här, även om det är vårdnadshavare som skriver under.

**1. Du som har ansökt om eller har assistansersättning**

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

**2. Hur ska assistansen ordnas?**

<input type="checkbox"/> Jag ska köpa assistans	Anordnarens namn	Organisationsnummer
<b>Kom ihåg att skicka med en kopia av avtalet om du inte vet att avtalet redan finns hos Försäkringskassan.</b>		
<input type="checkbox"/> Jag ska anställa mina assistenter själv	<input type="checkbox"/> Jag vill ha utbetalningen i förskott. Gäller bara dig som anställer alla dina assistenter	från och med (månad/år)

**3. Vem ska vara betalningsmottagare?**

Jag vill att ersättning för assistans som utförs från och med _____   månad och år ska betalas till:					
<input type="checkbox"/> mig själv	Om du inte har anmält något konto för alla utbetalningar från Försäkringskassan så kan du göra det på Mina sidor eller med blanketten Anmälan om konto (5605). Du kan bara anmäla ett konto som tillhör dig själv.				
<input type="checkbox"/> vårdnadshavare	<table border="1"> <tr> <td>Namn på kontoinnehavaren</td> <td>Personnummer (12 siffror)</td> </tr> <tr> <td>Clearingnummer</td> <td>kontonummer</td> </tr> </table>	Namn på kontoinnehavaren	Personnummer (12 siffror)	Clearingnummer	kontonummer
Namn på kontoinnehavaren	Personnummer (12 siffror)				
Clearingnummer	kontonummer				
<input type="checkbox"/> assistansanordnaren	<table border="1"> <tr> <td>Bankgiro</td> <td>Plusgiro</td> </tr> </table>	Bankgiro	Plusgiro		
Bankgiro	Plusgiro				

**4. Underskrift** Om det finns två vårdnadshavare ska båda skriva under.

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	Namnteckning	Telefon
Datum	Namnteckning	Telefon

**5. Fyll i här om du som skrivit under är ställföreträdare eller vårdnadshavare**

Jag/vi är <input type="checkbox"/> vårdnadshavare <input type="checkbox"/> god man <input type="checkbox"/> förvaltare	Bifoga registerutdrag om ställföreträdarskap om det inte redan finns hos Försäkringskassan.
Namnförtydligande	Personnummer (12 siffror)
Namnförtydligande	Personnummer (12 siffror)

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