

Skicka blanketten till  
Försäkringskassans inläsningscentral  
839 88 Östersund

Skicka in ansökan när adoptionen är giltig och ni har fått beslutet om att ni är vårdnadshavare för barnet. Vid adoption enligt Haagkonventionen räcker det med ett intyg enligt artikel 23 i konventionen. Försäkringskassan måste få er ansökan inom ett år från det att adoptionen blev giltig.

**1. Uppgifter om barnet**

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Barnets ursprungliga hemland	Barnets ursprungliga medborgarskap	

**2. Uppgifter om förälder**

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

**3. Uppgifter om förälder**

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

**4. Uppgifter om adoptionen**

Beslut om adoptionen finns från		
<input type="checkbox"/> Svensk domstol	<input type="checkbox"/> MFoF	<input type="checkbox"/> Certifikat enligt artikel 23 i Haag-konventionen
<input type="checkbox"/> Kopia av beslutet eller av en handling som styrker adoptionen bifogas (obligatoriskt).		
Organisation som har förmedlat adoptionen _____		
<input type="checkbox"/> Kopia av handling som styrker förmedlingen bifogas (obligatoriskt).		

OBS! Bidraget är 75 000 kronor för föräldrar som har fått barnet i sin vård den 1 januari 2017 eller senare. Om ni har fått barnet i er vård före den 1 januari 2017 får ni bidrag med 40 000 kronor. Välj hur det ska fördelas. Om hela bidraget ska betalas till en förälder ska bara den förälderns kontouppgifter fyllas i.

### 5. Konto för utbetalning

_____ kronor ska betalas ut till förälder under punkt 2		
Typ av konto	clearingnummer	kontonummer
<input type="checkbox"/> Bankkonto	<input type="checkbox"/> Personkonto	
_____ kronor ska betalas ut till förälder under punkt 3		
Typ av konto	clearingnummer	kontonummer
<input type="checkbox"/> Bankkonto	<input type="checkbox"/> Personkonto	

### 6. 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	Namnteckning förälder under punkt 2	Telefon
Datum	Namnteckning förälder under punkt 3	Telefon

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