



Skicka blanketten till  
Försäkringskassans inläsningscentral  
839 88 Östersund

**1. Du som ansöker**

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Utdelningsadress	Utdelningsadress	

**2. Vilande sjukersättning under längst 24 månader**

		från och med, månad och år	till och med, månad och år
Jag ansöker om vilande sjukersättning			
Studieanordnare, utbildning - namn, adress och telefon			
Jag är antagen till en utbildning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	datum när studierna börjar
Jag bifogar en kopia av antagningsbeskedet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	

**3. Övriga upplysningar**

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

**4. Underskrift**

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifterna i blanketten är riktiga och fullständiga. När uppgifterna förändras måste jag meddela Försäkringskassan.

Jag vet att det är straffbart att lämna felaktiga uppgifter, att utelämna något eller att inte meddela Försäkringskassan när uppgifterna jag lämnat förändras.

Datum	Namnteckning	Telefon
-------	--------------	---------

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