

Denna ansökan lämnas eller skickas till försäkringskassan för bosättningsorten. Läkarutlåtande skall bifogas. Vid höggradig synnedsättning används "Läkarintyg vid ögonsjukdom" (FKF 3210).

OBS! Ett villkor för rätt till handikappersättning är att handikappet eller förändring av handikapp uppstått före 65 års ålder.

Handikappersättning kan inte beviljas för längre tid tillbaka än två år före ansökningsmånaden.

Uppgifterna lämnas på heder och samvete

En person som på blanketten lämnar en uppgift om faktiska förhållanden som inte är sann eller låter bli att tala om sanningen kan dömas för brott till fängelse i högst sex månader eller böter. Straffet kan bli hårdare om brottet är grovt.

Handikappersättning söks fr o m _____	_____ år, månad
---------------------------------------	-----------------

1. Personuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer
Utdelningsadress	
Postnummer och ort	Telefonnummer (även riktnummer)

2. Vård på institution

Vårdas du på institution	fr o m	Institutionens namn och adress
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	

3. Bostads- och familjeförhållanden

Bostadens art, storlek och beskaftenhet. Familjens storlek och barns födelsetid. Makes sysselsättning och inkomst

4. Funktionsnedsättning

Saknar du ledsyn	Saknar du möjlighet eller har du stora svårigheter att med hörapparat uppfatta tal
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Beror funktionsnedsättningen på annan sjukdom eller skada. Beskriv i så fall de besvär som föranleder funktionsnedsättningen	
När uppkom funktionsnedsättningen	

5. Hjälpbehovets art och omfattning

Behöver du på grund av din funktionsnedsättning hjälp av annan i din dagliga livsföring. Vad behöver du hjälp med. Hur lång tid tar det. Vem hjälper dig
Använder du protes, kryckor, rullstol eller andra hjälpmedel. Ange vilka

Vg vänd!

Försäkringskassans anteckningar

	Ck nr, ankomstdatum	Lk nr, ankomstdatum
--	---------------------	---------------------

5. Hjälpbehovets art och omfattning (forts)

2 (2)

Behöver du på grund av din funktionsnedsättning fortlöpande hjälp av annan för att kunna förvärvsarbeta eller studera.
Vad behöver du hjälp med. Hur lång tid tar det. Vem hjälper dig

Vid förvärvsarbete: Ange arbetets art och omfattning, eventuell arbetsgivares namn och adress samt din inkomst av förvärvsarbete per år.

Vid studier: Skolans namn och adress

Beräknad återstående studietid

Har du statligt studiestöd

Nej

Ja

6. Merutgifter

Har du på grund av din funktionsnedsättning merutgifter i din dagliga livsföring. Redogör för merutgifterna och ange deras storlek
(Kan gälla t ex slitage av kläder och speciell mat)

Har du på grund av din funktionsnedsättning merutgifter för färdmedel eller andra hjälpmedel för att kunna utföra förvärvsarbete eller studera.
Redogör för dessa och ange merutgifternas storlek.

7. Övriga upplysningar - särskild bilaga kan även användas

8. Betalning till konto

Om du har postgirokonto, bank- eller personkonto kan du få betalningen insatt direkt på konto. Om du saknar ett sådant konto kontaktar du ditt post- eller bankkontor.

Betalning önskas till

konto som finns registrerat hos försäkringskassan

eget post-
girokonto

clearingnummer *) | kontonummer

bankkonto/personkonto

Bankens namn och adress

*) Har du personkonto i Nordbanken behöver clearingnummer inte anges.

9. Annan betalningsmottagare än sökanden

Namn

Personnummer

Utdelningsadress, postnummer och postort

Telefonnummer (även riktnr)

10. Underskrift

Jag försäkrar på heder och samvete att de uppgifter om faktiska förhållanden som jag lämnat i denna blankett är fullständiga och sanningsenliga. Underskriften omfattar sidorna 1-2.

.....
(Datum)

.....
(Namnteckning)