



Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

Om anmälan gäller ett barn under 18 år ska barnets uppgifter fyllas i här även om vårdnadshavaren gör anmälan.

**1. Du som har personlig assistans**

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

**2. Uppgifter om betalningsmottagare**

Jag vill att ersättning för assistans som utförs från och med _____ månad och år ska betalas till:	
<input type="checkbox"/> mig själv eller min ställföreträdare*	Bankkonto   clearingnummer   kontonummer Ställföreträdarens namn och personnummer om det inte är ditt eget konto
<input type="checkbox"/> kommunen eller en annan assistansanordnare	Anordnarens namn   Organisationsnummer <input type="checkbox"/> Bankgiro   bankgironummer   <input type="checkbox"/> PlusGiro**   plusgironummer

\*Ställföreträdare är vårdnadshavare, god man eller förvaltare. \*\*Plusgironummer får inte ha OCR-kontroll. Fråga banken om du är osäker.

**3. Hur ska assistansen ordnas?**

<input type="checkbox"/> Jag ska själv anställa mina assistenter	
<input type="checkbox"/> Jag ska köpa assistans av en eller flera anordnare	Anordnarens namn   Organisationsnummer Anordnarens namn - om du har två anordnare   Organisationsnummer
<input type="checkbox"/> Jag bifogar en kopia av avtalet med anordnaren	Skicka med en kopia av avtalet om du inte vet att det redan finns på Försäkringskassan.

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

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, även riktnummer
Datum	Namnteckning (om ni är två vårdnadshavare som skriver under)	Telefon, även riktnummer

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

Jag/vi är <input type="checkbox"/> vårdnadshavare <input type="checkbox"/> god man <input type="checkbox"/> förvaltare	
Namn i klartext	Personnummer (12 siffror)   Telefon, även riktnummer
Namn i klartext (om ni är två vårdnadshavare som skriver under)	Personnummer (12 siffror)   Telefon, även riktnummer

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