|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Wimi FK19707de\_008\_W

Ansökan om sjukersättning

Du har enligt uppgift fått avslag på din ansökan om pension i bosättningslandet.

Med anledning av detta undrar Försäkringskassan, om du har eller har haft någon av följande förmåner:

Sjukpenning tidsperiod\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Arbetslöshetsersättning tidsperiod\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Socialbidrag tidsperiod\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Annan ersättning, ange vilken tidsperiod\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Om du har återgått i arbete, ber Försäkringskassan att du uppger från och med när du arbetar och hur många timmar/vecka.

Sänd ditt svar till Försäkringskassan **senast den**  med datum och underskrift. I annat fall avgörs ditt ärende på befintligt underlag.

Med vänlig hälsning

Försäkringskassan

Jessica Selander

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Underskrift

*Übersetzung*

Antrag auf Krankenentschädigung

Laut Angabe wurde Ihr Antrag auf Rente im Wohnland abgelehnt.

Aus diesem Anlass möchte das Schwedische Sozialversicherungsamt *[Försäkringskassan]* wissen, ob Sie eine der folgenden Leistungen erhalten oder erhalten haben:

Krankengeld Zeitspanne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Arbeitslosengeld Zeitspanne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sozialhilfe Zeitspanne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Andere Entschädigungen  
 (Art angeben) Zeitspanne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wenn Sie Ihre Arbeit wieder aufgenommen haben, ersucht das Sozialversicherungsamt um Angabe, ab wann Sie wieder arbeiten und wie viele Stunden pro Woche.

Ihre Antwort, datiert und unterschrieben, muss **spätestens den**  beim schwedischen Versicherungsamt eingegangen sein. Andernfalls wird Ihre Angelegenheit anhand der uns vorliegenden Unterlagen entschieden werden.

Mit freundlichen Grüssen

Försäkringskassan

Jessica Selander

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift