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

Wimi FK19707en\_007\_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

*Translation*

Application for sickness compensation

We have been informed that your application for a pension in your country of residence has been rejected.

For this reason, Försäkringskassan (Swedish Social Insurance Agency) would like to know whether you have or have had any of the following benefits:

Sickness benefit period\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unemployment benefit period\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Social assistance period\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Other benefit, state which period\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

If you have returned to work, please notify Försäkringskassan of the date from which you have been working and how many hours per week you work.

Försäkringskassan must have received your reply with date and signature **at the latest by** . Otherwise, a decision will be made on your case on the basis of the existing documentation.

Yours sincerely,

Försäkringskassan

Jessica Selander

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

Datum Signature