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

Wimi FK19707es\_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

*Traducción*

Solicitud de subsidio de incapacidad laboral

Hemos recibido información de que su solicitud de jubilación en el país de residencia ha sido rechazada.

Por lo tanto, la Agencia Sueca de Seguro Social desea saber si Ud. percibe o ha percibido una de las siguientes prestaciones:

Subsidio de enfermedad período\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Subsidio de desempleo período\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ayuda social período\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otro subsidio, indique cuál período\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si ha vuelto a trabajar, la Agencia Sueca de Seguro Social le pide que indique desde cuándo trabaja y cuántas horas trabaja por semana.

Su respuesta, fechada y firmada, deberá ser recibida por la Agencia Sueca de Seguro Social **a más tardar el** . De lo contrario, su expediente será evaluado en base a los documentos existentes.

Atentamente

Försäkringskassan

Jessica Selander

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

Fecha Firma