

Information om utlåtande från arbetsgivaren

Den här blanketten kan Försäkringskassan begära att den som har varit sjukskriven en längre tid ska fylla i tillsammans med sin arbetsgivare.

Du som är anställd

När din arbetsförmåga har varit nedsatt på grund av sjukdom i 90 dagar ska Försäkringskassan bedöma om du kan utföra något annat arbete än det du har i dag. Därför vill vi att du pratar med din arbetsgivare om dina möjligheter att få andra arbetsuppgifter.

Det är din arbetsgivare som ansvarar för att fylla i blanketten. Senast den vill vi ha utlåtandet. Det är viktigt att du hör av dig om utlåtandet blir försenat.

Du som är arbetsgivare

I den här blanketten ska du skriva om din medarbetare tillfälligt kan utföra något annat arbete eller omplaceras till andra arbetsuppgifter.

Försäkringskassan behöver uppgifterna för att kunna bedöma vilka möjligheter som finns att ta till vara medarbetarens arbetsförmåga inom arbetsgivarens verksamhet. Uppgifterna behövs också för att Försäkringskassan ska kunna bedöma rätten till sjukpenning.

Senast den vill vi ha ditt utlåtande. Det är viktigt att vi får veta om utlåtandet blir försenat.

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

Se information på sidan 1.

1. Personuppgifter

Förnamn och efternamn		Personnummer
Utdelningsadress		Postnummer och ort
Telefon hem, även riktnummer	Telefon arbete, även riktnummer	Mobiltelefon

2. Uppgifter om arbetsgivaren

Arbetsgivarens/egna företags namn		
Arbetsgivarens/egna företags adress		
Ansvarig chef	Telefon, även riktnummer	Mobiltelefon

3. Beskriv ordinarie arbetsuppgifter

4. Kan medarbetaren tillfälligt få andra arbetsuppgifter?

<input type="checkbox"/> Nej, motivera varför	<input type="checkbox"/> Ja, beskriv vilka arbetsuppgifter		
Arbetsuppgifterna är tillgängliga från och med den	år, månad, dag	till och med den	år, månad, dag

5. Finns det möjlighet att underlätta arbetssituationen, till exempel genom ändrade arbetstider, arbetsuppgifter eller arbetshjälpmedel?

<input type="checkbox"/> Nej, motivera varför	<input type="checkbox"/> Ja, ange på vilket sätt arbetsuppgifterna kan anpassas

6. Är det möjligt med omplacering till annat arbete (enligt 3 kap. 7 § AFL)?

<input type="checkbox"/> Nej, motivera varför	<input type="checkbox"/> Ja, omplaceringen kan börja den _____ år, månad, dag

7. Behöver din medarbetare arbetshjälpmedel, arbetsträning eller någon annan rehabilitering för att kunna omplaceras?

<input type="checkbox"/> Nej, motivera varför	<input type="checkbox"/> Ja, ange på vilket sätt arbetet kan underlättas

8. Övriga upplysningar

	<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga

9. Arbetsgivarens underskrift

_____ Datum	_____ Namnteckning
	_____ Namnförtydligande

10. Medarbetarens underskrift

_____ Datum	_____ Namnteckning
-------------	--------------------

11. Facklig representant/skyddsombud har tagit del av utlåtandet Ja, ange namn och telefon Nej

_____ Datum	_____ Namnteckning	_____ Telefon, även riktnummer
	_____ Namnförtydligande	

12. Eventuella synpunkter från facklig representant/skyddsombud
