



Använd fortsättningsbladet som finns i slutet av blanketten om utrymmet i fälten inte räcker till.

Patientens namn

Personnummer

**OBS! Spara blanketten på datorn och öppna den därefter i Adobe Reader.  
Detta för att hjälptexter ska visas och information i blanketten ska hanteras korrekt.**

Skicka blanketten till  
Försäkringskassans inläsningscentral  
839 88 Östersund

### Vad är aktivitetsersättning vid förlängd skolgång?

Aktivitetsersättning vid förlängd skolgång är en **ersättning för unga personer**, som på grund av funktionsnedsättning måste förlänga sin skolgång för att slutföra grundskola eller gymnasium. Det är möjligt att ansöka om ersättning även om studietiden är kortare än ett år.

Man kan få ersättningen från juli månad det år man fyller 19 år fram till och med månaden innan man fyller 30 år. Ersättningen **betalas alltid ut som hel ersättning**, även om studierna till följd av funktionsnedsättningen måste bedrivas på deltid.

### Förutsättningar för att få aktivitetsersättning vid förlängd skolgång.

Försäkringskassan bedömer om det finns ett direkt samband mellan funktionsnedsättningen och behovet av förlängd skolgång.

### 1. Utlåtandet är baserat på

datum (år, månad, dag)

- min undersökning av patienten
- journaluppgifter från den
- anhörigs/annans beskrivning av patienten
- annat

Ange vad annat är:

Jag har känt patienten sedan den

### 2. Är utlåtandet även baserat på andra medicinska utredningar eller underlag?

Nej  Ja. Fyll i nedan.

Ange utredning eller underlag

datum (år, månad, dag)

Bifogas  Ja  Nej

Från vilken vårdgivare kan Försäkringskassan hämta information om utredningen/underlaget?

Ange ytterligare utredning eller underlag

datum (år, månad, dag)

Bifogas  Ja  Nej

Från vilken vårdgivare kan Försäkringskassan hämta information om utredningen/underlaget?

Ange ytterligare utredning eller underlag

datum (år, månad, dag)

Bifogas  Ja  Nej

Från vilken vårdgivare kan Försäkringskassan hämta information om utredningen/underlaget?

**3. Diagnos/diagnoser för sjukdom som orsakar eller har orsakat funktionsnedsättning**

	Diagnoskod enligt ICD-10 SE

**4. Funktionsnedsättning**

Beskriv när och hur patientens funktionsnedsättning debuterat, utvecklats och visar sig för närvarande

Beskriv på vilket sätt funktionsnedsättningen påverkar eller har påverkat patientens förmåga att klara sin skolgång

**5. Övriga upplysningar****6. Kontakt med Försäkringskassan** 

Jag önskar att Försäkringskassan kontaktar mig

Ange gärna varför du vill ha kontakt

**7. Underskrift**

Datum	Läkarens namnteckning
Namnförtydligande	
Befattning	Eventuell specialistkompetens
Läkarens HSA-id	Arbetsplatskod
Läkarens personnummer. Anges endast om du som läkare saknar HSA-id.	
Vårdenhetens namn, adress och telefon	

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

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.



Personnummer

78020302



Personnummer

78020402