

Skicka blanketten till  
Pensionsmyndigheten  
Omprövning  
Box 304  
301 08 Halmstad

Eller skicka blanketten via e-post till  
Omprovning\_Overklagan@pensionsmyndigheten.se

**1. Namn och personnummer på den som beslutet gäller**

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
-----------------------	---------------------------

**2. Vem begär omprövning?**

<input type="checkbox"/> Jag själv som beslutet gäller		Telefonnummer, även riktnummer
Jag som är personens <input type="checkbox"/> ombud, god man el förvaltare	Namn	Personnummer (12 siffror)
<input type="checkbox"/> vårdnadshavare till barn	Adress	Telefonnummer, även riktnummer

**3. Vilket beslut vill du ha ändrat?**

<input type="checkbox"/> Beslut om bostadstillägg, särskilt bostadstillägg eller äldreförsörjningsstöd Beslutsdatum (år, månad, dag):
<input type="checkbox"/> Beslut om efterlevandeförmåner Beslutsdatum (år, månad, dag):
<input type="checkbox"/> Beslut om allmän pension Beslutsdatum (år, månad, dag):
<input type="checkbox"/> Beslut om inkomstpensionstillägg Beslutsdatum (år, månad, dag):
<input type="checkbox"/> Beslut om återbetalning av ersättning Beslutsdatum (år, månad, dag):

86554101

PM8655 (002.F.001) Fastställt av Pensionsmyndigheten

**4. Förklara varför du tycker att beslutet ska ändras. Tala om vilken ändring du vill ha.**

86554201

PM8655 (002 F 001) Fastställt av Pensionsmyndigheten