

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 ålderspension 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 (001 F 001) Fastställt av Pensionsmyndigheten

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

86554201

PM8655 (001 F 001) Fastställt av Pensionsmyndigheten