

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)
E-post	Telefonnummer

**2. Vem begär omprövning?**

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

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

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

86554102

**4. Förklara hur du vill att beslutet ska ändras och varför**

86554202

PM8655 (003 F 001) Fastställt av Pensionsmyndigheten