

Diarienummer

Begäran om omprövning av beslut om att du ska betala tillbaka stöd, bidrag eller ersättning

Skicka blanketten till
Arbetsförmedlingen
Sektionen Utbetalningskontroll
Box 264
791 26 Falun

Vem begär omprövning? Är du arbetssökande eller arbetsgivare?

Arbetssökande

Förnamn	Efternamn	Personnummer (ååååmmdd-xxxx)
---------	-----------	------------------------------

Ombud, god man eller förvaltare

Förnamn	Efternamn	Telefonnummer med riktnummer
---------	-----------	------------------------------

Fullmakt bifogas

Arbetsgivare

Företagets namn	Organisationsnummer
Kontaktperson hos arbetsgivaren	Telefonnummer med riktnummer

Ombud

Förnamn	Efternamn	Telefonnummer med riktnummer
---------	-----------	------------------------------

Fullmakt bifogas

Vad gäller beslutet?

Varför och på vilket sätt vill du att beslutet ändras? (Fortsätt på nästa sida vid behov)

Antal bifogade filer

Underskrift av den som begär omprövning

Datum	Namnteckning
Namnförtydligande	

Diarienummer

Begäran om omprövning av beslut om att du ska betala tillbaka stöd, bidrag eller ersättning

Varför och på vilket sätt vill du att beslutet ändras? (Fortsättning)