

Diarienummer

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

Skicka blanketten till
Arbetsförmedlingen
Sektionen Utbetalningskontroll
FE 8073
107 67 Stockholm

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 <input type="checkbox"/>		

Arbetsgivare		
Företagets namn	Organisationsnummer	
Kontaktperson hos arbetsgivaren	Telefonnummer med riktnummer	
Ombud		
Förnamn	Efternamn	Telefonnummer med riktnummer
Fullmakt bifogas <input type="checkbox"/>		

Vad gäller beslutet?

Varför och på vilket sätt vill du att beslutet ändras?

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)