



INTYG ÖVER UPPNÅTT AVGIFTSTAK/ansökningsblankett

Sökande	Namn		Personbeteckning
	Adress		Telefonnummer
	Postnummer och -anstalt		Kontonummer (IBAN)
Försörjer följande barn under 18 år	Namn	Personbeteckning	Adress om ej som ovan

Intresse- bevakares kontakt- uppgifter (krävs fullmakt)	Namn		Telefonnummer
	Adress		Postnummer och -anstalt
Fullmakt	<input type="checkbox"/> bifogas		
Intyget skickas till	<input type="checkbox"/> sökande <input type="checkbox"/> intressebevakare		

Samtycke	Jag samtycker till att uppgifter om mig i anslutning till avgiftsfriheten får delges och inhämtas av andra social- och hälsovårdsenheter <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om svaret JA; i vilka kommuner eller sjukvårdsdistrikt har ni varit patient/ klient?	

Uppföljningsblankett:

Besöksdagar/vårdperioder	Debiterad klientavgift (euro)

Sökandes underskrift	Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga.		
	Ort	Datum	Underskrift