



Ansökan om ersättning för särskilda kostnader inom familjevården

(till ansökan bör bifogas kvitton över erlagda utgifter, samt ursprungliga verifikat)

Familjevårdare _____ Personbeteckning _____

Kontonummer _____ Telefonnummer _____

Adress _____

Särskilda hälsovårdskostnader (skäliga kostnader för glasögon, kontaktlinser, tandvård och sjukhusvård samt hälsovårdscentralavgifter, poliklinikavgifter och av läkare ordinerade receptmediciner i anslutning till långvariga sjukdomar, FPA:s självriskandel)

Datum	Barnets namn och personsignum	€	Sjukdom, som kostnaden hör till

Övriga särskilda utgifter Om fakturering av särskilda utgifter bör överenskommas på förhand

Datum	Barnets namn och personsignum	€	Vilken kostnad	Överenskommet med vem

Ort _____ Datum _____

Underskrift _____

Socialomsorgen fyller i:

Klientnummer: _____

 Socialarbetarens underskrift

Kostnadsställen _____

Konto _____

Granskad ____ / ____ 20 ____

Namn _____ (kanslist)

Godkänd ____ / ____ 20 ____

Namn _____ (enhetschef)