



**INTYG OM SJUKVÅRD**  
**STATLIGT BIDRAG TILL BARN OCH UNGA**  
**8-19 ÅR**  
**KVITTO - FAKTURAUNDERLAG**

Optikern insänder ett exemplar tillsammans med aktuellt recept och faktura till: <b>Region Dalarna, Kst 00026, Box 398 RD1010, 737 26 Fagersta</b>			
<b>Bidragsgrupp</b>	Personnummer (tio siffror)		
Barn och unga från 8 års dagen t o m året ut det år man fyller 19 år (800 kr/år)	Efternamn (textas)		
	Förnamn		
<b>Bidraget avser</b>	Adress		
<input type="checkbox"/> Glasögon <input type="checkbox"/> Kontaktlinser	Postnummer	Postadress	
	Folkbokföringsadress (om annan än ovensående)		
<b>Inlämnings-/besöksdatum:</b>			
<b>SPECIFIKATION</b>			
<input type="checkbox"/> Glasögon <input type="checkbox"/> Kontaktlinser	Antal	Kostnad inkl. arbete o moms	Bidragsdel ej moms
			Kundens del
<b>Totalkostnad</b>			
Åtgärdat enl gällande regler och riktigheten i ovanstående prissättning intygas.	Riktigheten i ovanstående uppgifter intygas. Undertecknad har erhållit information om villkoren för erhållande av bidrag till glasögon och är införstådd med skyldigheten att återlämna felaktigt erhållet bidrag.		
Exp optiker (stämpel)			
Datum	Namn-teckning leg. optiker	Datum	Namn-teckning kund/målsman

Landstinget har rätt att helt eller delvis kräva tillbaka ett bidrag som lämnats på felaktiga grunder i enlighet med SFS 2016:36

**Information om personuppgifter:** Dina personuppgifter registreras och vi följer bestämmelser enligt gällande lagstiftning. Enligt personuppgiftslagen (PuL) har Du rätt att ta del av de uppgifter som vi har registrerat om Dig. För begäran av registerutdrag skickas en skriftlig ansökan till, Landstinget Dalarna Box 712 791 29 Falun, ange namn, personnummer samt underskrift.