



UTBETALNINGSVERIFIKATION

När det gäller barn under 18 år ska målsmans uppgifter fyllas i

Personnummer (ååååmmddnnnn)	
Mottagarens namn	
Mottagarens adress	
Postadress	
Telefonnummer	
Orsak till återbetalning	Glasögon eller kontaklinnsbidrag
Bidrag avser (ange personnummer på den bidraget avser)	
Totalt bidragsbelopp Max 800 kr/per år i bidrag	
Referens (kostnadsställe)	00026
Bidraget gäller från 8 års dagen t o m året ut det år man fyller 19 år	

Vid köp av glasögon/kontaktlinser utanför länet, genom näthandel eller via abonnemang, krävs att bidragstagaren ansöker om bidrag och bifogar aktuellt recept eller ordinationsunderlag från en ögonläkare, ortoptist eller optiker samt bifoga kvitto/fakturaunderlag.

Vid glasögonabonnemang ska även utlämningskvitto bifogas där det framgår att det gäller ett nytt glasögonpar samt kontoutdrag som visar att dragningar av sökt bidragssumma har genomförts.

Bidraget reduceras till den verkliga kostnaden om denna understiger schablonbidraget.

Sänd handlingarna till

Region Dalarna

Faktura

Box 177

791 24 Falun