

Ansökan om lägre avgift för sjukhusvård

Namn: _____

Personnummer: _____

Inlagd på vårdavdelning: _____

Fr.o.m. _____ T.o.m. _____

Markera med kryss i en ruta:

- Jag uppbär hel sjuk- eller aktivitetsersättning och är under 40 år.
(Intygas av Försäkringskassan)
- Jag har fyllt 20 år och har en sammanlagd skattepliktig månadsinkomst (före skatt) som är lägre än 8 400 kr (i detta belopp har jag räknat in eventuell hel- eller delpension). Samt att jag har/har haft en sammanhängande sjukhusvårdsperiod på mer än 5 dagar.

För att styrka min inkomst bifogar jag något eller några av följande intyg:

- Försäkringskassan (intyg för sjukpenning)
- Socialförvaltningen (beslut om försörjningsstöd)
- Pensionsmyndigheten
- Skatteverket (senaste registrerade deklaration, ej förhandsbesked)
- CSN

Ort

Datum

Underskrift (patient eller patientens ombud)

Blankett och intyg skickas till:

Region Skåne
Gemensam servicefunktion
Fakturering och bankredovisning
Medicon Village Byggnad 203
223 81 Lund