

## Ansökan om förhandsbesked för utbetalning av bidrag till glasögon/kontaktlinser

Skriv ut med dubbelsidig utskrift.

Datum

### **Sida 1 fylls i av sökande:**

Ansökan avser bidrag för glasögon

Ansökan avser bidrag för kontaktlinser

Patientens namn (papperslös, ange OID)

Födelsedata (ÅÅ-MM-DD)

LMA-kortnummer (papperslös, ange OID)

Patientens adress eller alternativ adress

Postnummer och postadress

E-postadress

Telefonnummer

Underskrift av sökande/målsman/god man.....

Namnförtydligande

Om du är asylsökande ska kopia av LMA-kort bifogas ansökan.

Ansökan skickas till:

Region Skåne

Verksamhetsområde Hjälpmedel

Stöd och support,

Axel Kleimers väg 2, 291 33 Kristianstad

Vid frågor, ring support: 0770 - 11 11 00 öppet vardagar 8-16.

## Beslut från Region Skåne:

Kundordernummer

Ansökan beviljas

Ansökan avslås

Kommentar:

Datum

Underskrift av representant för Region Skåne

.....

Namnförtydligande

Beviljad ansökan tas med av sökande till optiker.

För information till optiker:

[www.skane.se/glasögonbidrag för barn och unga](http://www.skane.se/glasögonbidrag_för_barn_och_unga)

Vid frågor, ring support: 0770 - 11 11 00