

Begäran om ersättning vid inställd vård

Efternamn	Förnamn
Personnummer	Telefon (för kontakt dagtid)
Gatuadress	Postnummer och ort

Förlorad arbetsförtjänst

Ersättning begärs för förlorad arbetsinkomst:

Hel dag (1000 kr) Halv dag (500 kr)

Frånvaro styrks med bifogat intyg från arbetsgivaren. 30 procentigt skatteavdrag kommer att ske. För egenföretagare lämnas kopia av senaste slutskattesedel.

Resekostnader

- Resa med egen bil, antal km.....
- Egenavgift vid taxiresa, kronor.....
- Resa med allmänna kommunikationsmedel (kvitto ska bifogas), kronor.....

Bankkonto för utbetalning (vid önskan om överföring till bankkonto)

Bankens namn Clearingnummer Kontonummer

Namnunderskrift patient	Datum
-------------------------	-------

Intygande från berörd klinik

Sjukhus och klinik där vården var planerad

Ansvarsenhet (numerisk)	Datum när operationen/vårdbesöket var planerad
Underskrift av ansvarig	Namnförtydligande
Telefon ankn nr	

Skicka ifyllt blankett till:

Region Värmland
HR Lön och system
Avstämningskonsult
Regionens Hus
651 82 Karlstad