

Sökande

Namn		Personbeteckning
Adress		Telefon klockan 8.00 -16.00
Postnummer och postanstalt	Hemkommun	Bank och kontonummer

Försörjer följande barn under 18 år

Namn	Personbeteckning	Adress och hemkommun, om inte som ovan

Vårdnadshavare om den sökande är under 18 år

Namn	Personbeteckning	Adress och hemkommun, om inte samma som ovan

Samtycke

Jag samtycker till att för beviljande av frikort/avgiftsfrihet får uppgifter om mig i anslutning till avgiftstaket delges och begäras av Helsingfors och Nylands sjukhusdistrikts (HNS) vårdavgifter.

Utkomststöd eller försäkringsersättningar

Jag har fått eller kommer att söka utkomststöd eller ersättning i enlighet med följande lagar:

Lag om olycksfall i arbetet och om yrkessjukdomar, Lag om olycksfallsförsäkring för lantbruksföretagare, Lag om olycksfall i militärtjänst, trafikförsäkringslagen, patientskadelagen.

Datum för klientavgift	Betald klientavgift, summa	Erhållen ersättning för klientavgiften, summa	Utbetalare av stöd eller ersättning	Ansökan insänd eller kommer att insändas
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

Te-323 5.3.2018

