



Region Örebro län

Habilitering och hjälpmedel

Bilaga till faktura nr..... Utlämningsdatum.....

Ansökan om bidrag för glasögon/kontaklinser till barn och unga

PersonnummerNamn.....

Utdelningsadress.....Postnr och ortnamn.....

Telefon.....

LMA-Kortnr:.....

Nedan specificerade åtgärder och kostnader avser

- | | |
|--|-----------------------------------|
| ☐ kompletta glasögon | Summa max 800:- |
| ☐ byte av glasönglas i befintlig båge | Summa max 200:-/glas |
| ☐ kontaklinser | Summa max 800:- |

Härmed intygas att jag/ jag som vårdnadshavare inte mottagit glasögonbidrag från Region Örebro län under senaste 12 månaderna. (Kalenderår). Vi ger vårt medgivande till att Region Örebro län har rätt att ta del av och hantera journaluppgifter från expedierande företag.

Expedierande företag

Mottagandet kvitteras

.....
Datum Ansvarig leg optiker

.....
Datum bidragstagare

.....
NAMNFÖRTYDLIGANDE

.....
NAMNFÖRTYDLIGANDE

www.regionorebrolan.se/syncentralen

Adress Centrum för hjälpmedel

Box 1613

703 42 Örebro

Märk kuvertet: Kundtjänst HAB

Telefon 019-602 42 51, 019-602 66 74