



**Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen vapaakorttihakemus**

Hakija	Nimi		Henkilötunnus	
	Osoite		Puhelin kello 8 -16	
	Postinumero ja postitoimipaikka	Kotikunta	Tilinumeron IBAN- muodossa FI	
Huollettavat alle 18-vuotiaat lapset	Nimi	Henkilötunnus		Osoite ja kotikunta, ellei edellä oleva
Hakemuksen kohde	Pyydän julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksukaton ylittymisen jälkeen myönnettävää vapaakorttia, sekä mahdollisten liikaa maksettujen maksujen palautusta pankkitililleni.			
	Tositteiden yhteissumma euroina			Oma ilmoitus
Muut hoitopaikat	Onko Teitä hoidettu muissa sairaaloissa? Liittäkää laskut ja maksukuitit hakemukseen. paikka _____ Aika _____ _____ _____			
Suostumus	Suostun samalla siihen, että maksukattoon liittyviä tietojani saa ilmoittaa muille sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköille ja tietoa saa pyytää muilta vapaakorttiasian käsittelyä varten.			
Toimeentulotuki tai vakuutus-korvaukset	Olen saanut tai tulen hakemaan alla oleviin maksuihin toimeentulotukea tai korvausta seuraavien lakien mukaisten vakuutusten perusteella: tapaturmavakuutuslaki, maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuslaki, sotilasvammalaki, liikennevakuutuslaki ja potilasvakuutuslaki.			
	Asiakasmaksun maksupäivä	Maksetun asiakasmaksun määrä	Asiakasmaksuun saadun korvauksen määrä euroina	Tuen tai korvauksen maksaja
Lomake postitetaan osoitteella	Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä Laskutus ja suorituskäsittely/ Vapaakortti Aleksanterinkatu 24 B 15140 Lahti  tai lomakkeen voi palauttaa PHHYKY:n toimipisteisiin, josta ne siirretään laskutus- ja suorituskäsittelyyn.			
Hakijan allekirjoitus	Vakuutan, että olen antanut kaikki tiedot oikein kunnian ja omantunnon kautta.			
	Paikka	Aika	Allekirjoitus	

Siirto laskutus ja suorituskäsittely-tiimille (sisäpostiosoite Laskutus, Aleks 24 B):

\_\_\_\_\_ Pvm

\_\_\_\_\_ Työntekijän nimi

\_\_\_\_\_ Puhelinnumero