

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 käsittelijä 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
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
Lomake postitetaan osoitteella	Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä Laskutiimi / Vapaakortti Keskussairaalankatu 7 15850 Lahti			
	tai lomakkeen voi palauttaa PHHYKY:n toimipisteisiin, josta ne siirretään laskutiimille.			
Hakijan allekirjoitus	Vakuutan, että olen antanut kaikki tiedot oikein kunnian ja omantunnon kautta.			
	Paikka	Aika	Allekirjoitus	

Siirto laskustiimi:

_____ Pvm

_____ Työntekijän nimi

_____ Puhelinnumero