

Bidrag till glasögon eller kontaktlinser 8 - 19 år

Fyll i alla uppgifter. Utelämna namn och adress vid **skyddad identitet**. För asylsökande krävs även ett giltigt LMA-nummer.

Personuppgifter

Förnamn och efternamn:	Personnr / LMA-nr och födelsedatum:
Utdelningsadress:	Postnr och ort:

Jag intygar med min namnteckning att jag har rätt till bidrag enligt bidragsreglerna för glasögon och kontaktlinser. Spara kvittot. Stickprovskontroller sker för att säkerställa att rätt bidrag erhållits och utbetalats. Om för mycket bidrag kvitterats ut blir jag återbetalningsskyldig till optikerföretaget. **Är sökande under 18 år** undertecknas ansökan av målsman, förmyndare eller sökandes ombud.

Kvittering vid utlämning av glasögon/kontaktlinser

Datum:	Kund/målsmans namnteckning:	Namnförtydligande:
--------	-----------------------------	--------------------

Underskrift av legitimerad optiker som utfört synundersökningen

Datum:	Namnteckning:	Namnförtydligande:
--------	---------------	--------------------

Faktura skickas löpande till Region Västmanland dock senast tre månader efter köp. En faktura per person. Alla underlag ska vara fullständigt ifyllda, korrekta och underskrivna av legitimerad optiker eller ögonläkare. Synrecept och kopia på originalkvitto i A4-format ska bifogas fakturan. Felaktiga fakturor makuleras, kontakt sker via e-post.