



Vestland fylkeskommune - Krav om dekking av skysstutgifter

Du kan ha rett på å få refundert delar av reiseutgifter til behandling på offentlig tannklinikk. Ordninga gjeld for barn og unge 0-18 år, personar med psykisk utviklingshemming, personar som har heimesjukepleie i over 3 mnd. og personar i TOO-tilbodet. Hovudregelen er at du får dekt billegaste reisemåte. Du betalar reisene sjølv og får refundert utgiftene som overstig eigenandelen på 1530 kr. Dette inngår ikkje i anna ordning med frikort. Lever/send ferdig utfylt skjema og originale kvitteringar til tannlinkken du fekk behandling på.

NB! Kravet må sendast inn innan utgangen av året.

BRUK BLOKKBOKSTAVAR

1. Opplysningar om pasienten (må fyllast ut)

For/mellomnamn	<input type="text"/>	Etternamn	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Fødselsnummer	<input type="text"/>
Postnummer	<input type="text"/>	Poststad	<input type="text"/>
		Telefon	<input type="text"/>

2. Opplysningar om reisefølgje

For/mellomnamn	<input type="text"/>	Etternamn	<input type="text"/>
----------------	----------------------	-----------	----------------------

3. Reise (må fyllast ut)

Bruk av privat bil kr 3,10 per km.

Dato	Klokka	Frå	Til	Tur/ retur	Reisemåte	Kilometer	Beløp
- Eigendel pr. kalenderår 1530 kroner							
Sum til utbetaling (Overfør til punkt 4. Utbetal kr)							

4. Utbetaling til (Må fyllast ut)

For/mellomnamn	<input type="text"/>	Etternamn	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Postnummer	<input type="text"/>
		Poststad	<input type="text"/>
Bankkontonr	<input type="text"/>	Fødselsnr.	<input type="text"/>
		Utbetal kr	<input type="text"/>

5. Merknader (fyll ut telefonnr. og andre korte meldingar)

Telefon:	<input type="text"/>
----------	----------------------

6. Samtykke og underskrift (må fyllast ut)

Eg stadfestar å ha oppgitt rette opplysningar. Vestland Fylkeskommune kan innhente informasjon for å behandle kravet.

Stad/Dato	<input type="text"/>	Underskrift	<input type="text"/>
-----------	----------------------	-------------	----------------------

7. Attestasjon frå tannklinikk/behandlar (fyllast ut av tannklinikk)

Pasient tilhøyrer	<input type="checkbox"/> Gruppe A	<input type="checkbox"/> Gruppe B	<input type="checkbox"/> Gruppe C2	<input type="checkbox"/> TOO		
Pasient var til behandling på aktuelt tidspunkt					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Originale kvitteringar for utlegg til reise er vedlagt					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Pasient må/måtte ha følgje					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Pasient måtte nytte dyrare transport av helsemessige årsaker (drosje/bil)					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Drosje fakturerer tannhelsetenesta direkte, fråtrekt eigenandel. Rekvisisjon					<input type="checkbox"/> Ja	

Tannklinikk	<input type="text"/>	Namn på behandlar / att	<input type="text"/>
Stad/Dato	<input type="text"/>	Underskrift	<input type="text"/>