

**Kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksujen vapaakorttihakemus**

Hakija	Nimi		Henkilötunnus	
	Osoite		Puhelin kello 8 -16	
	Postinumero ja postitoimipaikka	Kotikunta	Tilinumero IBAN- muodossa FI	
Huollettavat alle 18-vuotiaat lapset	Nimi	Henkilötunnus	Osoite ja kotikunta, ellei edellä oleva	
Hakemuksen kohde	Pyydän julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksukatton ylittymisen jälkeen myönnettävää vapaakorttia, sekä mahdollisten liikaa maksettujen maksujen palautusta pankkitililleni.  Tositteiden yhteissumma euroina _____			
Muut hoitopaikat	Onko Teitä hoidettu toisilla hyvinvointialueilla? 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 käsittelyjä varten.			
Vakuutus- korvaukset	Olen saanut tai tulen hakemaan alla oleviin maksuihin korvausta seuraavien lakien mukaisten vakuutusten perusteella: tapaturmavakuutuslaki, maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuslaki, sotilasvammalaki, liikennevakuutuslaki ja potilasvakuutuslaki.			
	Asiakasmaksun maksupäivä	Maksetun asiakas- maksun määrä	Asiakasmaksuun saadun korvauksen määrä euroina	Tuen tai korvauksen maksaja
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
Lomake lähetetään osoitteella	Päijät-Hämeen hyvinvointialue Laskutiimi / Vapaakortti Keskussairaalankatu 7 15850 Lahti tai lomakkeen voi palauttaa Päijät-Hämeen hyvinvointialueen toimipisteisiin, josta ne siirretään laskutiimille. Lomakkeen voi lähettää myös sähköisesti <a href="#">turvapostilla</a> .			
	Hakijan allekirjoitus			
Hakijan allekirjoitus	Vakuutan, että olen antanut kaikki tiedot oikein kunnian ja omantunnon kautta.			
	Paikka	Aika	Allekirjoitus	

Siirto laskutustiimi:

 \_\_\_\_\_  
 Pvm

 \_\_\_\_\_  
 Työntekijän nimi

 \_\_\_\_\_  
 Puhelinnumero