|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patientens personnummer** | Förnamn | Efternamn |
| Vårdnadshavares personnummer | Förnamn | Efternamn |

|  |
| --- |
| Clearing nummer/Bank alternativt Postgiro/Bankgironummer\* |

\*Saknas korrekta kontouppgifter skickas ett utbetalningskort som eventuellt kan innebära en avgift

**För att ersättning ska utgå BIFOGA FÖLJANDE:**

* **Besökskvitto/besöksintyg med personnummer**
* **Tåg/bussbiljetter (SMS-biljett fyll i nedan)**

Jag har rest med:  Tåg/buss  Egen bil  Enkel resa  Tur och retur

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum: | Resa från: | Resa till: | Kostnad för SMS-biljett: |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Övrig information:

INFORMATION

* Ansökan måste vara underskriven för att handläggas.
* Ersättning utgår ifrån patientens folkbokföringsadress.
* Egenavgift dras ifrån ersättningsbeloppet.
* Parkeringsavgift och trängselskatt ersätts inte.
* Uppges ett kontonummer kommer ersättningen att sättas in utan avisering.
* Grundregeln är att det billigaste färdsättet ska användas.
* Region Halland ersätter bara resor inom 12 månader.

Frikort utfärdas då egenavgifter är 2 000 kr, beräkningen utgår från första resan under en 12- månadersperiod

**Underskrift betalningsmottagare. Jag försäkrar på heder och samvete att lämnade uppgifter är riktiga.**

|  |  |
| --- | --- |
| Ort | Datum |
| Namnteckning | Telefon dagtid |

**Du som bor i Halland skickar in ifylld blankett och biljetter/kvitton till:**

Region Halland, Sjukresor, Box 517, 301 80 Halmstad.

Vid eventuella frågor kontakta Sjukresor, tel. 010-47 61 950, eller besök: [**www.1177.se/sjukresor**](http://www.1177.se/sjukresor)