

Ansökan om ekonomiskt stöd för glutenfri mat för barn yngre än 16 år med celiaki

Patientens personnummer	Förnamn	Efternamn
Vårdnadshavares personnummer	Förnamn	Efternamn

Clearingsnummer samt kontonummer/Bank alternativt plusgiro/bankgironummer*

--

*Saknas korrekta kontouppgifter får du en utbetalningsavi som eventuellt kan innebära en avgift för att lösas in.

Ansök istället enkelt digitalt

Logga in på 1177.se, välj Övriga tjänster, välj [Ansökan om ekonomiskt stöd för glutenfri mat](#) och fyll i ansökan där. Du kan även bifoga läkarintyg. Ansökan kan bara ske av vårdnadshavare, inte barnet.

Intyg vid första ansökan

Första gången ansökan sker måste läkarintyg inkluderas för att ansökan ska godkännas och ekonomiskt stöd betalas ut. Därefter behöver ansökan göras varje år för att få ekonomiskt stöd för det året, men då behövs inget läkarintyg.

Underlaget handläggs så fort det kommit in till Region Halland och utbetalningen sker oftast inom tre veckor efter att ansökan behandlats. Detta förutsatt att inskickad ansökan är korrekt genomförd och inkluderar läkarintyg vid förstagångsansökan.

Vid frågor om utbetalning kontakta Region Halland, tfn 010 - 47 61 950.

Underskrift vårdnadshavare (obligatoriskt)

Ort	Datum
Namnteckning	Telefon dagtid

Skicka blankett och intyg till:

Region Halland
GAS Nutrition
Box 517
301 80 Halmstad