Ansøgning om tilskud til Hjælpemidler

heilsutrygd

Tilskud gives til betaling af hjælpemidler hvis disse er i forbindelse med en behandling eller er til personer der ikke har behov for vedvarende brug af hjælpemidler samt til betaling af hjælpemidler til brug i forbindelse med formidling af medicin.

Sagsbehandling af ansøgningen er betinget af at erklæring foreligger fra kommunelæge eller speciallæge.

Ansøgningen skal udfyldes og underskrives af ansøger og sendes til:
Heilsutrygd, Klaksvíksvegur 2, Postboks 52, 710 Klaksvík

0) Móttøkustempul og nummar Til brug hos Heilsutrygd

1. Navn og bopæl

1) Navn	2) Cpr.nr
3) Navn (forælder eller værge)	4) Cpr.nr
5) Adresse	6) Telefon nr.
7) Postnr. og by	8) Kommunelæge

2. Ansøgning

9) Der søges tilskud til:		
10) Skal tilbehør medfølge? Ja ☐ Nej ☐	11) Har de før fået tilskud til samme formål? Ja ☐ Nej ☐	12) Hvis Ja í 11 oplys hvornår (dato)
13) Hvis Ja í 11 hvad er så grunden til at der søges på ny:		
14) Har de været indlagt på sygehus i forbindelse med denne ansøgning?: Ja ☐ Nej ☐ hvis **Ja** hvornår blev de udskrevet:		15) Ansøger bor: hjemme ☐ på instution ☐

3. Helsetilstand

16) Kort redegørelse for årsagen til ansøgningen:

4. Underskrift

17) Undertegnede erklærer hermed at oplysninger i denne ansøgning er rigtige, og giver samtykke til at Heilsutrygd kan indhente oplysninger fra andre myndigheder herunder læger, forsikringer o.l. hvis det skønnes nødvendigt for sagsbehandlingen.

Dato: _____

.....
Ansøgerens underskrift