

## Bidrag till glasögon för barn 8-19 år

Fyll i alla uppgifter. Utelämna namn och adress vid **skyddad identitet**.

För asylsökande krävs även ett giltigt LMA-nummer.

**FAKTURAN SKICKAS TILL REGION VÄRMLAND  
INOM TRE MÅNADER. EN FAKTURA PER PERSON**

### KVITTO/FAKTURERINGSUNDERLAG

Lma-nr:

Personnr:

Namn:

Adress:

Postadress:

Denna blankett gäller ansökan om avståndsglasögon, normalbelopp **800 kr**

**OBS! Receptbilaga ska alltid bifogas**

Exp. Leg. Optiker (stämpel eller namnförtydligande)

*Ovanstående åtgärdat enligt gällande regler*

Datum:

Namnteckning Leg. Optiker:

Jag har mottagit hjälpmedlet

Datum:

Namnteckning, kund/målsman:

Fylls i av handläggare: Vä Be Ny In