Ansökan om glasögonbidrag

Bidragssökande:

Personnummer	Namn

Målsmans uppgifter och underskrift:

Personnummer	Telefonnummer dagtid
Namn	*Jag har mottagit glasögon och försäkrar med min underskrift att ifyllda personuppgifter är riktiga samt att ansökan uppfyller nedan angivna villkor för glasögonbidrag.*
Gatuadress	Datum
Postnummer och ort	Målsmans namnteckning
Clearingnummer/ Kontonummer (Valfritt, om inte kontonummer uppges så sker eventuell utbetalning av bidraget via avi)	

Finns recept utfärdat av ögonläkare? Ja ☐
Nej ☐

Legitimerad optikers uppgifter och underskrift:

Datum för utlämning av aktuella glasögon	Av kunden betalat belopp
Legitimerad optikers namn	Datum
Företag	Optikers namnteckning

Villkor gällande glasögonbidrag för barn mellan 0-7 år:

- Glasögonbidraget gäller för synkorrigerande glasögon till barn upp till och med 7 års ålder.
- Högsta bidragsnivå per barn och ordination är 600 kr till standardglas och 900 kr till RX- och flerstyrkeglas.
- Bidrag utbetalas inte för kontaktlinser, borttappade/ trasiga glasögon eller reservglasögon.
- Barnet ska vara folkbokfört i Gotlands län.
- Ansökan ska skickas till Ögonmottagningen, Visby lasarett, inom 12 månader från det datum som glasögonen har lämnats ut.
- Ofullständig ansökan/ ansökan utan medföljande kvitto från optiker skickas tillbaka till avsändaren.

 Om kontonummer inte anges vid ansökan så sker eventuell utbetalning av bidraget via avi.

Ansökan skickas till:

Ögonmottagningen, Visby lasarett
S:t Göransgatan 5
621 84 Visby