



## Ansökan om lägre avgift för sjukhusvård

Namn: .....

Personnummer: .....

Inlagd på vårdavdelning: .....

Fr.o.m. .... T.o.m. ....

### Markera med kryss i en ruta:

- Jag uppbär hel sjuk- eller aktivitetsersättning och är under 40 år.  
(Intygas av Försäkringskassan)
- Jag har fyllt 20 år och har en sammanlagd skattepliktig månadsinkomst (före skatt) som är lägre än 7 700 kronor (i detta belopp har jag räknat in eventuell hel- eller delpension). Samt att jag har/har haft en sammanhängande sjukhusvårdsperiod på mer än 5 dagar.

Intyg som styrker min inkomst bifogas.

.....  
Ort

.....  
Datum

.....  
Underskrift (patient eller patientens ombud)

### Blankett och intyg skickas till:

Region Skåne  
Gemensam servicefunktion Vårdfakturering  
Medicon Village Byggnad 203  
223 81 Lund