

ANMÄLAN OM INSTITUTIONSVÅRD FÖR KRIGSINVALID

UPPGIFTER OM KRIGSINVALIDEN			
Skadenummer		Personbeteckning	
Efternamn			
Förnamn			
Adress			

UPPGIFTER OM ANMÄLAREN	
Namn på välfärdsområde	
Adress	
Anmälares namn och titel	
Kontaktuppgifter	

UPPGIFTER OM VÅRDEN			
☐ Det finns ett beslut om långtidsvård			
☐ Anmälan gäller kortvarig rehabiliterande institutionsvård (meddela också avslutningsdag)			
Institution			
Begynnelsedag		Avslutningsdag	
Ytterligare information (t. ex. om orsaker till att vården inletts och avslutas eller att personen i fråga uteblivit)			

- ❶ Skicka in ansökningen elektroniskt via den krypterade e-tjänsten <https://turvaviest.valtiokonttori.fi>.
- ❷ Ansökningen kan även skickas per post: **Statskontoret, PB 60, 00054 STATSKONTORET**. Alla inlämnade dokument omvandlas till elektroniskt format och samtidigt förstörs pappersdokumenten.

Plats och tid	Underskrift och namnförtydligande