

## ANSÖKAN OM BETALNINGSFÖRBINDELSE

UPPGIFTER OM DEN SÖKANDE			
Skadenummer		Personbeteckning	
Efternamn			
Förnamn			
Gatuadress			
Postnummer		Postanstalt	
Telefon		E-post	

UPPGIFTER FÖR BETALNINGSFÖRBINDELSEN
<b>Precisera typ av betalningsförbindelse som ansöks.</b>
<b>Betalningsförbindelse som behövs på grund av ersatt skada/sjukdom</b> <input type="checkbox"/> Fysioterapi (vänligen bifoga läkarutlåtande) <input type="checkbox"/> Undersökning och vård: <input type="checkbox"/> Medicin: <input type="checkbox"/> Hjälpmedel:
<b>Fortlöpande betalningsförbindelser (söks endast en gång, varefter betalningsförbindelsen gäller tills vidare)</b> <input type="checkbox"/> Fotvård 3 gånger per kalenderår <input type="checkbox"/> Allmän hälsokontroll 1 gång per kalenderår
<b>Annan betalningsförbindelse</b> <input type="checkbox"/> Specialundersökning

MER INFORMATION



BILAGOR		
Läkarutlåtandet för fysioterapi	<input type="checkbox"/> är bifogad	<input type="checkbox"/> sänds senare, när: <input type="checkbox"/> har redan sänts till:
Läkarutlåtande och kostnadsförslag för nytt hjälpmedel	<input type="checkbox"/> är bifogad	<input type="checkbox"/> sänds senare, när: <input type="checkbox"/> har redan sänts till:
Annan bilaga, vilken:		

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

Genom att lämna in ansökan försäkrar jag att de uppgifter jag gett i ansökan är riktiga.	
Plats och tid	Underskrift och namnförtydligande
Ifall ansökan är ifylld för den sökandes räkning, behövs namn och kontaktuppgifter om den som fyllt i ansökan (den sökandes underskrift behövs ej)	

