

Sendes til bevilgende myndighed	Udfyldes af bevilgende myndighed	
	Modtaget dato	Journalnummer
	Sagsbehandler: Navn og lokalnummer	
Ansøgning om hjælpemiddel		

1. Ansøger

Navn	Personnummer
Adresse	Telefonnummer

2. Søger om

Benprotese	Benortose	Benbandage	Korset	Indlæg
Armprotese	Armortose	Armbandage	Brystprotese	Andet

Beskrivelse af hjælpemiddel, herunder type og pris, stk. eller par

3. Helbredsforhold

Hvilken varig lidelse er årsag til ansøgningen
Hvor og hvornår er De herfor undersøgt/behandlet (anfør sygehus/speciallæge, læge)
Deres alment praktiserende læges navn og telefonnummer

Er De medlem af sygeforsikringen "Danmark"	Skyldes ansøgningen følgerne af et ulykkestilfælde
Nej Ja – Gruppe	Nej Ja

4. Leverandørens kontaktperson

Navn	Dato og underskrift
------	---------------------

5. Samtykkeerklæring, tro og loveerklæring og underskrift

Kommunen kan hente yderligere oplysninger om mine helbredsforhold, hvis det har betydning for behandlingen af min ansøgning. Oplysningerne kan indhentes hos de parter, der er anført ovenfor under punkt 3, og hos kommunens øvrige forvaltninger. Derudover giver jeg mit samtykke til, at kommunen må videregive bevillingsskrivelse og mit personnummer til leverandøren i tilfælde af, at det ansøgte bevilges.
Kommunen må ikke indhente yderligere oplysninger. Jeg er indforstået med, at min ansøgning behandles på basis af de her foreliggende oplysninger
Jeg er erklærer på tro og love, at ovenstående er korrekt.

Har tidligere fået bevilget samme hjælpemiddel.	Underskrift
Nej Hvis ja, dato	
Dato	