

BEGÄRAN OM BETALNINGSFÖRBINDELSE

Mottagare av begäran om betalningsförbindelse

Vasa stad
Social- och hälsosektorn
Hem- och anstaltsvården/ _____
PB 241, 65101 Vasa

Jag ber att Vasa stads social- och hälsosektor
förbinder sig till att betala för den senare
specificerade servicen.

UPPGIFTER OM KLIENTEN	Namn	Personbeteckning	Krigsinvalid
	Näradress	Telefonnummer	
	Postnummer	Postanstalt	

SYFTE MED BETALNINGS- FÖRBINDELSE OCH	Ansöks:	
	Hemvård (hemservice/hemsjukvård)	☐
	Serviceboende	☐
	Serviceboende, vård delar av dygnet	☐
	Hemsjukhus	☐
	Startdatum	Slutdatum
	Mängden service. Vårdplan, service- och vårdplan som bilaga.	
Orsak varför jag behöver ifrågavarande nämnda service		
Temporär adress under vårdtiden		

UPPGIFTER OM TEMPORÄR VÅRDPLATS	Kommun/vårdplats
	Adress
	Telefon

UNDERSKRIFT	Ort och datum	Underskrift och namnförtydligande av den som begär om betalningsförbindelse.
-------------	---------------	--