



Staðfesting vegna viðurkenndrar meðferðar

Nafn umsækjanda:		Kennitala	
Heimilisfang:		Póstnr:	Staður
Sími:	Netfang:		

Nafn fagaðila: Starfsheiti: Starfsstöð: Símanr: Netfang:	Dagsetning útfyllingar:
--	-------------------------

Tegund meðferðar:

--

Hefur umsækjandi verið áður í viðurkenndri meðferð eða endurhæfingu

já

nei



Ef já - þá þarf nánari útskýringu og ef sótt er um áframhaldandi greiðslur er óskað eftir upplýsingum um framvindu:

Áætluð tímalengd sem sótt er um. Hámark hægt að sækja um 12 mánuði og einungis er hægt að óska eftir heilum mánuðum:

Upphaf

Áætluð lok