Dato

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cpr.nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 behandles for akut tandpine hos privatpraktiserende tandlæge:

Navn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postnr. / by \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jeg ansøger hermed om hjælp til betaling af udgiften.

Regningen anslås at blive på ca. kr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Såfremt udgiften ikke bevilges, giver jeg hermed samtykke til at min forsørgelseshjælp administreres af min sagsbehandler, således at beløbet trækkes i min kontanthjælp / førtidspension og fremsendes til tandlægen.

Tandlægeregningen kan eventuelt afdrages over en kortere periode, således at det samlede beløb ikke trækkes på en gang.

d. /

 underskrift

Navn og tlf. nr. på medarbejder i Det opsøgende tandplejeteam:

Malene Jensen 41858706, Joan Didriksen 89406273

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Regningen indsendes til:

Ydelsescenter Aarhus, Værkmestergade 15, 8100 Aarhus C

Pension Kontanthjælp