



FORTROLIG

SØKNAD OM STØTTE FRA HELSEFONDET

FOR AT SØKNADEN SKAL KUNNE BEHANDLES MÅ DEN VÆRE KORREKT OG FULLSTENDIG UTFYLT. STUDENTSAMSKIPNADEN I TELEMARKE FORBEHOLDER SEG RETTEN TIL Å KONTROLLERE AT OPPLYSNINGENE ER KORREKTE.

SE OGSÅ RETNINGSLINJER PÅ WWW.SITEL.NO UNDER HELSEREFUSJONER.

ETTERNAVN _____ FORNAVN _____ EPOST _____

UTDANNINGSINSTITUSJON (strek under): HiT: PORSGRUNN / BØ / NOTODDEN / RAULAND /

FU (Folkeuniversitetet) _____

STUDIUM _____

KORTTIDSSTUDIUM INNTIL 6 MND _____

ADRESSE (i studietiden) _____

POSTNR _____ STED _____

TELEFONNR _____ FØDSELSDATO _____ STUDENTNR _____

DATA PÅBEGYNT STUDIUM _____ PLANLAGT AVSLUTTET _____

SØKNADEN GJELDER (sett kryss):

_____ EGENANDELER FOR HELSETJENESTEN/FRIKORT

_____ PRIVATPRAKTISERENDE PSYKOLOG/PSYKIATER

_____ FYSIKALSK- ELLER KIROPRAKTORBEHANDLING

_____ TRANSPORTUTGIFTER / EKSTRA HJEMREISE FOR REKONVALESENTER

_____ KOSTBAR SYKDOM / SKADE

_____ TESTING FOR LESE- OG SKRIVEVANSKER

_____ BRILLEGLASS

_____ VAKSINE I FORBINDELSE MED STUDIEOPPHOLD I UTLANDET

BEHANDLINGEN KOSTER TOTALT KR. _____ . UTGIFTENE MÅ DOKUMENTERES.

EVENTUELL INNVILGET STØTTE OVERFØRES TIL DIN KONTO

OPPGI KONTONR: _____

STED OG DATO _____ UNDERSKRIFT _____