

**HAKEMUS ASIAKASMAKSUN ALENNUKSEEN**

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 1021/2020 11 §

Asiakkaan nimi

Henkilötunnus

Osoite

Puhelinnumero

Puolison/  
avopuolison nimi

Henkilötunnus

Puhelunnumero

Alaikäisten lasten nimet  
ja henkilötunnuksetAsioiden hoitajan nimi  
Puhelinnumero  
Osoite (jos muu kuin asiakkaan)**Tieto asiakasmaksusta,  
johon alennusta haetaan**Ajanjakso,  
jolle alennusta haetaan

Perustelut alennukselle

Asiakkaan tulot  
(esim. palkat /eläkkeet/etuudet)Puolison/avopuolison tulot  
(esim. palkat/eläkkeet/etuudet)Menot (esim. asumiskustannukset,  
lainat, lääkekulut ja muut maksut )

Allekirjoituksella vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja hyväksyn, että ne tarkistetaan. Tarvittaessa viranomaisella on oikeus selvittää asiakkaan tulotiedot

Päiväys ja allekirjoitus sekä nimen selvennys

**LIITTEET**

Hakemuksen liitteeksi tarvitsemme seuraavat tiedot sekä asiakkaalta että puolisoilta:

1. Viimeisimmät tiliotteet kaikista pankkitileistä
2. Laskut, kuitit tai muut tositteet menoista
3. Viimeksi vahvistettu verotuspäätös erittelyosineen

**Palautusosoite**

Isonkyrön kunta  
Perusturvaosasto  
Pohjankyröntie 136  
61500 Isokyrö