

Fakturaunderlag

Mottagning:.....

Ansvar/kostnadsställe:.....

Grupp:

1. Asylsökande eller f.d. asylsökande som fått uppehållstillstånd och inte gjort en HU under asyltiden
2. Anknytning till flykting
3. Kvotflykting
4. Vistas i Sverige utan tillstånd
5. Övrigt barn

Besöks- datum	LMA-nummer* (obligatoriskt för asylsökande)	Namn	Grupp	Födelsedata/personnummer	Belopp**

*Grupp 2,3,4,5 har inte LMA nummer

**[Vårdgivarwebb](#)