

## Ansøgning om omsorgstandpleje:

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Cpr.: \_\_\_\_\_

Kryds venligst i den ønskede rubrik.

- Jeg ønsker omsorgstandpleje
- Jeg ønsker ikke omsorgstandpleje
- Jeg er indforstået med at oplysninger fra læge mv. må indhentes.

Pr. 1. januar 2014 koster omsorgstandplejen kr. 475,00 om året og betales ved fradrag i pensionen med 1/12 af beløbet pr. måned kr. 39,58.

---

**Dato**

**Ansøgers underskrift**

**Ansøgning, helbredsstatus og fuldmagt til træk i social pension sendes til:**

Lolland kommune  
Visitationen Social & Arbejdsmarked  
Jernbanegade 7  
4930 Maribo

---

**Udfyldes af Visitationen:**

Afgørelse på ansøgning:

- Omsorgstandpleje tilbydes
- Der gives afslag på ansøgning om omsorgstandpleje