

Detta gäller vid ansökan ur Hilda Henrikssons Fond:

- **Bidrag ges i första hand till person som har MS** (multipel skleros) **eller CP** (cerebral pares). Fonden ger ej bidrag till person med neuropsykiatrisk diagnos, (ADHD, Autism, m.fl.)
- Sökande skall vara bosatt i Göteborg med kranskommuner.
- Sökande måste vara ekonomiskt behövande. (Med vilket menas att ensamstående sökande utan minderåriga barn och större skulder inte bör ha en inkomst över ca 190 000 kr/år.)
- Endast mindre belopp delas ut, max 5000 kr.

Följande måste bifogas ansökan för att vi ska kunna behandla den:

- **Ansökningsblankett** - ifylld och undertecknad.
- **Uppgift om taxerad inkomst** - kopia på senaste besked från skattmyndigheten (slutskattsedel). Eller kopia av senaste inkomstdeklaration. Om du inte är ensamstående måste även makes/makas eller sammanboendes inkomst uppges, och kopia av slutskattsedel eller inkomstdeklaration bifogas.
- **Person som ej sökt bidrag tidigare** måste bifoga ett dokument från sjukvården (läkarintyg, brev från kurator e.d.), som intygar den aktuella diagnosen.

OBS! Ofullständig ansökan behandlas ej! Vilket betyder att ovanstående krav måste uppfyllas.

Ansökan sker två gånger per år.

Blanketten måste vara oss tillhanda senast 15:e mars eller 15:e oktober.

Sent inkommen ansökan behandlas vid nästkommande ansökningstillfälle.

Besked om bidrag sker skriftligt i maj eller december, detta gäller även vid avslag.

Bidrag till samma person ges endast en gång per år och tre år i rad, därefter görs ett års uppehåll.

Blanketten skickas till och frågor besvaras av:

Eva de Coursey, Neuroförbundet Göteborg,

S. Larmgatan 1, 411 16 Göteborg

Tel: 031-711 38 04,

E-post: info.gbg@neuro.se

Stiftelsen Hilda Henrikssons fond

Ansökan skall vara fonden tillhanda före den 15:e mars eller 15:e oktober.

Sent inkomna ansökningar behandlas vid nästkommande ansökningsdatum.

Ansökan skickas till och frågor besvaras av:

Eva de Coursey, Neuroförbundet Göteborg, S.Larmgatan 1, 411 16 Göteborg.

Tel: 031-711 38 04, e-post: info.gbg@neuro.se

Nedanstående ifylles av den sökande:

Namn: Födelsedat:

Adress:.....

Postnr:Postadress:.....

Tel hem:Tel arb/mobil

E-postadress:

Civilstånd: Gift/sammanboende Ensamstående

Antal hemmavarande barn eller syskon: Barnens/syskonens Ålder:.....

För omyndig sökande, föräldrarnas namn:.....

.....

Diagnos: (Ny sökande måste bifoga dokument från sjukvården som intygar diagnosen)

.....

Beskriv funktionsnedsättningen i korta drag, eller bilägg intyg:

.....

.....

.....

.....

.....

Eventuellt bidrag skall jag använda till:

.....

.....

.....

.....

Hela kostnaden för det jag söker till: **Jag söker:**kr

Hur mycket av hela kostnaden kan du betala själv?

v g VÄND!

Jag har för samma ändamål fått bidrag från annat håll: Ja Nej

Om ja, varifrån och med vilket belopp?.....

Jag har sökt bidrag från annat håll: Ja Nej

Om ja, varifrån och med vilket belopp?.....

Uppgifter om personlig ekonomi:

Förvärvsarbetar: 100% 75% 50% 25%

Sjukersättning/Aktivitetsersättning: 100% 75% 50% 25%

Taxerad inkomst före skatt, enligt senaste Slutskattsedel:

OBS! Bifoga kopia för sökande, även kopia för make/maka/sambo.

Den sökandes årsinkomst:..... Makes/makas/sambos:.....

Om ekonomin förändrats sedan dess, beskriv kort hur:.....

För omyndig sökande, vårdnadshavares inkomst:

Vårdnadshavares makas/makes/sambos inkomst:

Banktillgodohavanden och andra tillgångar:.....

Bostadskostnad: Bostadsbidrag:.....

Skulder:.....

Följande person kan lämna kompletterande upplysningar:

Namn och tel:

Sökandens underskrift:.....

Ort den 20

Jag godkänner att mina uppgifter bevaras: Ja Nej

Konto i bank där bidraget skall sättas in:

Clearingnr. 4 siffror:Kontonummer:

Om annan person än den sökande fyllt i ansökan:

Namn:.....

OBS! Skriv EJ nedanför denna linje

C.N. H.H. Å.M. B.S..... M.S. E.D. A.L.

Tidigare bidrag: Ja Nej