

## Detta gäller vid ansökan ur Hilda Henrikssons Fond:

- **Bidrag ges i första hand till personer 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 stora skulder inte bör ha en årsinkomst över ca 190 000 kr.)
- Endast mindre belopp delas ut, max 5000 kr.

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

- **Ansökningsblankett** - ifyllt och undertecknad. Ansökan måste ske på blankett för aktuellt år.
- Blanketten hämtas på [www.neuro.se/goteborg](http://www.neuro.se/goteborg)
- **Uppgift om taxerad inkomst** - kopia på senaste besked från skattemyndigheten (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 fem gånger i rad.

### Blanketten skickas till:

Hilda Henrikssons Fond

c/o Neuroförbundet Göteborg

Gruvgatan 8

421 30 Västra Frölunda

E-post: [kompassen.gbg@neuro.se](mailto:kompassen.gbg@neuro.se)

### Frågor besvaras av:

Caroline Persson, tel: 031-711 38 04

Eva Östholm, tel: 0705-57 07 19



**Blankett som gäller år 2022 för ansökan ur  
Stiftelsen Hilda Henrikssons fond**

**Nr: .....**

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

Sent inkomna ansökningar behandlas vid nästkommande ansökningsdatum.

**Ansökan skickas till:** Hilda Henrikssons Fond, Neuroförbundet Göteborg, Gruvgatan 8,  
421 30 Västra Frölunda.

**Frågor besvaras av:** Caroline Persson, tel. 031-711 38 04, e-post: [kompassen.gbg@neuro.se](mailto:kompassen.gbg@neuro.se)

**Nedanstående ifylles av den sökande:**

Namn: ..... Födelsedat: .....

Adress: .....

Postnr: ..... Postadress: .....

Tel hem: ..... 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%

**Fastställd 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

Plusgirokonto: .....

**Konto i bank där bidraget skall sättas in:**

Clearingnr. 4 siffror: .....Kontonummer: .....

Om annan person än den sökande ifyllt ansökan:

Namn: .....

**OBS! Skriv EJ nedanför denna linje**

---

A.L. .... H.H. .... P.T. .... M.S..... E.Ö. .... C.P. .... M.N. ....

Tidigare bidrag: Ja  Nej