

Blankett för 2024

Detta gäller vid ansökan ur Stiftelsen Hilda Henrikssons Fond:

- **Bidrag ges i första hand till personer som har MS (multipel skleros) eller CP (cerebral pares).**
I andra hand till annan neurologisk diagnos.
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 detta menas att ensamstående sökande inte har inkomster överstigande 4 prisbasbelopp, vilket motsvarar 229 200 kr/år. Finns hemmaboende barn, maka/make eller sambo, adderas ett prisbasbelopp (57 300 kr) per ytterligare person.

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

- **Ansökningsblankett** - ifylld och undertecknad. Ansökan måste ske på blankett för aktuellt år.
Blanketten hämtas på www.neuro.se/goteborg eller tel. **031-711 38 04**.
- **Uppgift om fastställd inkomst** - kopia på senaste besked från Skatteverket (slutskattsedel).
Eller kopia av senaste inkomstdeklarationen.
Om du inte är ensamstående måste även makas/makes eller sammanboendes inkomst uppges och kopia av senaste 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.

Blanketten skickas till:

Stiftelsen Hilda Henrikssons Fond
c/o Neuroförbundet Göteborg
Gruvgatan 8
421 30 Västra Frölunda

Frågor besvaras av:

Caroline Persson, tel: 031-711 38 04
E-post: kompassen.gbg@neuro.se

**Blankett som gäller år 2024 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: Stiftelsen Hilda Henrikssons Fond, c/o Neuroförbundet Göteborg, Gruvgatan 8,
421 30 Västra Frölunda.

Frågor besvaras av: Caroline Persson, tel. 031-711 38 04, e-post: 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 förvärvsinkomst före skatt:

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

Den sökandes förvärvsinkomst: 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 2024

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