

## **Detta gäller vid ansökan ur Hilda Henrikssons Fond:**

Bidrag ges i första hand till personer som har MS (multipel skleros) eller CP (cerebral pares).

Sökande skall vara bosatt i Göteborg med kranskommuner.

Sökande måste vara ekonomiskt behövande.

Endast mindre belopp delas ut.

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

- **Ansökningsblankett** - ifylld och undertecknad.
- **Uppgift om taxerad inkomst** - kopia på senaste besked från skattemyndigheten (slutskattsedel). Om du inte är ensamstående måste även makes/makas eller sammanboendes inkomst uppges och kopia av slutskattsedel 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!**

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, Mobil: 0705-57 07 19

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

**Blankett 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 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 Mobil: 0705-57 07 19

**Nedanstående ifylles av den sökande:**

Namn: ..... Födelsedat: .....

Adress:.....

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

Tel hem: .....Tel arb/mobil .....

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: .....

Vårdnadshavares makas/makes/sambos: .....

Banktillgodohavanden och andra tillgångar:.....

.....

Bostadskostnad: ..... Bostadsbidrag:.....

Skulder:.....

Följande person kan lämna kompletterande upplysningar:

Namn och tel: .....

Ort ..... den ..... 20 .....

Sökandens underskrift:.....

Plusgirokonto: .....

Konto i bank (inkl. clearingnr.).....

Om annan person än den sökande ifyllt 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 ☐