

Blankett för ansökan ur

Stiftelsen Professorskan Betzie Johansson MS-donation

OBS! Gäller för barn under 18 år med diagnoserna MS - Multipel Skleros eller

CP - Cerebral Pares

Ansökan skall vara fonden tillhanda före den 15:e april.

Ansökan skickas till och frågor besvaras av:

Madeleine Kyllerfeldt, Neuroförbundet Göteborg, Gruvgatan 8, 421 30 Västra Frölunda.

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

Uppgifter om den sökande – barnet

Nedanstående ifylles av barnets vårdnadshavare/föräldrar

Namn: Födelsedatum:

Adress:

Postnr:Postadress:

Tel hem: Mobiltel:

Barnets diagnos:

Funktionsnedsättningens omfattning:

Beskriv funktionsnedsättningen i korta drag, eller bilägg intyg:

.....

.....

.....

.....

Uppgifter om vådnadshavare:

Namn:

Adress:

Telefon: Mobil:

E-post:

Civilstånd: Gift/sammanboende ☐ Ensamstående ☐

Antal hemmavarande barn eller syskon: Barnens/syskonens Ålder:

Eventuellt bidrag skall användas till

.....

.....

Hela kostnaden för det sökta: Vi/jag söker:kr

Hur mycket av hela kostnaden kan du/ni betala själva?

v g VÄND!

Har för samma ändamål **fått** bidrag från annat håll: Ja ☐ Nej ☐

Om ja, varifrån och med vilket belopp?

Har **sökt** bidrag från annat håll: Ja ☐ Nej ☐

Om ja, varifrån och med vilket belopp?

Uppgifter om vårdnadshavares ekonomi:

Inkomst av förvärvsarbete: Ja ☐ Nej ☐

Sjukersättning: Hel ☐ Halv ☐ 2/3 ☐

Vårdbidrag för funktionsnedsatt barn:

Helt ☐ Halvt ☐ 1/4 ☐ Summa:

Inkomst före skatt, enligt senaste slutskattsedel.

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

Vårdnadshavares:

Vårdnadshavares make/makas/sambos:.....

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

.....

Banktillgodohavanden och andra tillgångar:

.....

Bostadskostnad: Bostadsbidrag:

Skulder:.....

Följande person kan lämna kompletterande upplysningar:

Namn och tel:

Ort den 20

Vårdnadshavares underskrift:

Plusgirokonto:

Konto i bank (inkl. clearingnr.)