

Maria och Högalids sjukvårdsförening

grundad 1899

UNDERLAG FÖR ANSÖKAN AV FONDMEDEL FRÅN SJUKVÅRDSFÖRENINGEN

OBS! Kostnadsförslag från ex tandläkare, kostnadsförslag och recept från optiker **måste** bifogas för att ansökan ska behandlas. Vi kräver även kopior som styrker aktuell inkomst.

Inga utgifter ersätts i efterhand, ev bidrag måste beviljas i förhand.

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Postadress: _____ E-mail: _____

Telefonnummer: _____

Namn på övriga över 18 år boende i samma lägenhet: _____

Bifoga Familjebevis (beställs hos Skattemyndigheten). **Gäller alla, även ensamstående!**

Hushållets totala inkomst (bifoga kopia på senaste skattebesked).

Ansökan gäller bidrag till: _____

(glöm inte bifoga kostnadsförslag)

Övriga upplysningar: _____

Jag medger att ovanstående uppgifter får kontrolleras hos vederbörande myndighet/förvaltning eller hos den som utfärdat aktuellt kostnadsförslag

Datum: _____ Namnunderskrift: _____

☐

Jag samtycker till Maria och Högalids sjukvårdsförenings behandling av mina personuppgifter i enlighet med föreningens policy för hur den behandlar personuppgifter.

Vi hänvisar till föreningens hemsida www.mariahogalidsjukvardsforening.se där policyn finns.

Ifylld blankett sänds till: Maria och Högalids sjukvårdsförening,
c/o Marie Agmén, Högalidsgatan 44b, 117 30 Stockholm

Kom ihåg att bifoga intyg på inkomst, civilstånd mm samt underlag från tandläkare, optiker mm så att underlaget med beräknade kostnader framgår tydligt. Endast beviljat belopp utbetalas, blir kostnaden högre ansvarar den sökande för den kostnaden.

NOTERINGAR FÖR SJUKVÅRDSFÖRENINGEN

Ansökan inkom: _____ Avslagen ☐ Beviljad ☐ Bordlagd ☐

Datum för beslut: _____ Ev beviljat belopp: _____

OBS! Inga ansökningar behandlas under perioden 10 juni — 30 augusti.