



Ankomstdatum:

## ANSÖKAN UR STIFTELSEN SYSTRARNA LODÉNS UNDERSTÖDSFOND

Enligt stadgarna ska understödet användas för att täcka kostnader för i första hand sjukvård å badort, sjukhus eller hos specialist. I andra hand kan understödet användas för konvalescentvård eller annan eftervård och till rekreationsresor. Behovet av sjukvård å badort, sjukhus eller hos specialist, konvalescentvård eller annan eftervård ska styrkas med läkarintyg.

Understödet kan sökas av kvinnor sedan minst tre år mantalsskrivna i Lerbäcks församling och som av ekonomiska skäl inte kan bekosta sin vård. Avkastningen får inte användas för ändamål som ska bekostas av allmänna medel.

**Nedan följer obligatoriska uppgifter för ansökan som behandlas konfidentiellt.**

Namn:	Personnummer
Adress, postadress:	Telefonnummer/mobilnummer:
Bank och kontonummer för ev. utbetalning:	

Ange summa, vad bidraget ska användas till samt orsak och varför:

## Här följer frågor om ditt civilstånd och ekonomi

Jag är gift <input type="checkbox"/>	Jag är sammanboende <input type="checkbox"/>	Jag är ensamstående <input type="checkbox"/>
Namn make/maka/ sammanboende:		
Personnummer make/maka/ sammanboende:		
Hemmavarande barn NEJ <input type="checkbox"/>	Hemmavarande barn JA <input type="checkbox"/> Antal och ålder:	
<u>Taxerad inkomst</u> för år (enl. senaste deklARATIONEN):	Brutto (före skatt):	
Min bruttoinkomst är från...		
Arbete <input type="checkbox"/> Sjukpenning <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Vårdbidrag <input type="checkbox"/> A-kassa <input type="checkbox"/>		
Övrigt <input type="checkbox"/> Ange inkomstkälla:		
Total årsinkomst (föregående år):	<u>Make/Maka/ Sammanboendes totala taxerade årsinkomst</u> (enl. senaste deklARATIONEN):	
Ev. kommentar:		
Övriga uppgifter som jag önskar åberopa:		

*Jag intygar att de uppgifter jag lämnat är sanningsenliga, och att jag godkänner rätten till att kontrollera mina uppgifter. Jag förbinder mig att omedelbart underrätta stiftelsen om mina förhållanden förändras i något avseende.*

Namn:	Datum:
Namnförtydligande:	Ort:

**Ansökan skickas till:** Askersunds kommun, Socialförvaltningen, 696 82 Askersund.

**Ansökan ska vara handläggaren tillhanda senast den 31 mars.**

*Kopia* på bifogade läkarintyg ska bifogas när ansökan gäller sjukvård å badort, sjukhus eller hos specialist, konvalescentvård eller annan eftervård.

### **Besked**

Beslut tas av Socialnämndens arbetsutskott i början på maj månad och därefter får du besked om din ansökan. Beslut går inte att överklaga.