

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 vårdnadshavare:

Namn:

Adress:

Telefon: Mobil:

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 makes/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.).....