

BIDRAGSANSÖKAN VUXEN
VIKTIGT! EJ KOMPLETT ANSÖKAN RETURNERAS - UTAN ÅTGÄRD.

Namn:	Personnummer:
Adress:	Man <input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/>
Postnr: Ort:	Gift <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående <input type="checkbox"/>
Telefon:	E-post:
Har Du ansökt tidigare?	Antal minderåriga barn?
Årsinkomst sökande:	Årsinkomst make/maka/sambo:
Bank, aktier, tillg. sökande:	Bank, aktier, tillg. make/maka/sambo:

BIDRAG SÖKES FÖR, ETT ÖNSKEMÅL PER ANSÖKAN:

<input type="checkbox"/> Omkostnadsbidrag, max 5.000 kr.	Önskat belopp:
<input type="checkbox"/> Hospicevård. Vilket hospice?	Önskat belopp:
<input type="checkbox"/> Rekreation med behandlande syfte. Behandlare/Arrangör: Telefon/E-post: Hemsida:	Önskat belopp:
<input type="checkbox"/> Annat, beskriv kort:	Önskat belopp:

FYLL I DITT KONTONUMMER. ENDAST SÖKANDES EGET KONTO GODKÄNNES.

Bankens namn:	Clearingnr:	Kontonr:
---------------	-------------	----------

CHECKLISTA FÖR BILAGOR - EJ KOMPLETT ANSÖKAN RETURNERAS UTAN ÅTGÄRD.

<ol style="list-style-type: none"> Kopia av sökande och ev. make/maka/sambos senaste inkomstdeklaration/er inkl. bilagor. Årsbesked från bank för sökande och ev. make/maka/sambo. Familjebevis, beställs gratis från Skatteverkets hemsida. (En länk finns från vår hemsida) Läkarintyg på sidan 2 fylls i av Leg. Läkare. Ej kopia och max 6 månader. Sökande och/eller make/maka/sambo som bedriver näringsverksamhet ska bifoga sitt senaste Slutskattebesked från Skatteverket.
--

HÄRMED INTYGAR JAG SOM SÖKER ATT ALLA UPPGIFTER I ANSÖKAN ÄR SANNINGSENLIGA OCH ATT JAG LÄST OCH FÖRSTÅR INFORMATION OCH RIKTLINJER EKONOMI PÅ SIDAN 2.

Enligt Dataskyddsförordningen (GDPR) krävs samtycke för att spara personlig data, såsom t.ex. namn och kontaktuppgifter. När du ansöker om bidrag medger du att Cancerhjälpens registrerar och lagrar dina personuppgifter i sitt register.

Ort/datum: _____ Underskrift: _____

LÄKARINTYG - SKRIVS AV LEG. LÄKARE. KOPIA GODKÄNNES INTE, SKA VARA ORIGINAL.

Patientens namn *		Personnummer * -	
Sjukdom *		Diagnosdatum *	
Diagnoskod (ICD-10) *		Plats för stämpel:	
Aktuell medicinsk status gällande cancersjukdom *			
Ort/Datum *		Underskrift (Leg. Läkare) *	
Telefon dagtid *		Namnförtydligande *	

KURATORSUTLÅTANDE ELLER PERSONLIGT BREV SKRIVET AV SÖKANDE.

Om sökandes/Min situation:	
Ort/Datum:	Underskrift:
Telefon dagtid:	Namnförtydligande:

INFORMATION:

Handläggningstiden är 6-8 veckor på en vuxenansökan.
Hospiceansökan och patient under palliativ behandling har förtur, handläggningstid 2-3 veckor.

RIKTLINJER EKONOMI

Sökande	Beskattningsbar årsinkomst	Tillgångar
Ensamstående	250.000 kr	100.000 kr
Gift eller Sambo	420.000 kr (tillsammans)	200.000 kr
	<i>Avdrag av ett basbelopp görs från inkomsten per minderårigt barn och år.</i>	<i>Gäller ej taxeringsvärdet på en (1) ägd fastighet/bostadsrätt.</i>

SLUTLIGEN

- Bidrag beviljas ej till semesterresor eller retroaktivt (tex. Rekreativresa i efterskott).
- Endast person med cancerdiagnos kan beviljas bidrag, ej anhöriga.
- Ny ansökan kan registreras tidigast 24 månader efter att den senast beviljade bidragsansökans reg.datum.

VIKTIGT, CANCERHJÄLPEN KAN INTE HÄMTA UT REKOMMENDERADE BREV.

SKICKA ANSÖKAN TILL:

CANCERHJÄLPEN
SANDHAMNSGATAN 62, BV
115 60 STOCKHOLM