

BIDRAGSANSÖKAN BARN

Barnets namn:	Barnets personnummer:
Adress:	Enskild eller gemensam vårdnad av barnet?
Postnr: Ort:	
Telefon:	E-post:
Har Ni ansökt tidigare?	Antal syskon?
Namn vårdnadshavare 1:	Personnummer 1:
Namn vårdnadshavare 2:	Personnummer 2:

ETT ÖNSKEMÅL PER ANSÖKAN

SPECIFICERA SEDAN ERT ÖNSKEMÅL PÅ SID 2.

<input type="checkbox"/> Sysselsättningsbidrag.	Ett bidrag som kan användas till inköp av leksaker, spel, dator mm. Bifoga en kostnadskalkyl.	Önskat belopp:
<input type="checkbox"/> Upplevelsebidrag	Avser roliga upplevelser och utflykter. Bifoga en kostnadskalkyl.	Önskat belopp:
<input type="checkbox"/> Omkostnadsbidrag. (OBS! Ej för att täcka inkomstbortfall)	För inköp av t.ex önskekost, nya kläder, kroppskudde, varma tofflor mm. Bifoga en kostnadskalkyl.	Önskat belopp:

FYLL KONTONUMMER – ANTINGEN BARNETS ELLER VÅRDNADSHAVARENS KONTO.

Bankens namn:	Kontoinnehavarens personnummer:
Clearingnr:	Kontonummer:

CHECKLISTA FÖR BILAGOR

- Familjebevis**, beställs gratis med vårdnadshavarens personnummer från Skatteverkets hemsida, beställs gratis från Skatteverkets hemsida. (En länk finns från vår hemsida).
- Läkarintyg** på sidan 2 får endast fyllas i av Leg. Läkare. Ej kopia och max 3 månader.

GLÖM INTE ATT UNDERTECKNA ERT BARNNS ANSÖKAN!

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

Namnunderskrift 1: _____ Ort/datum: _____

Namnunderskrift 2: _____ Ort/datum: _____

ANSÖKAN SKICKAS TILL:

Cancerhjälpen
Sandhamnsgatan 62
115 60 Stockholm

VID FRÅGOR:

Hemsida: www.cancerhjalpen.se
E-post: kansli@cancerhjalpen.se
Telefon: 08- 612 42 42

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

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

BARNETS ÖNSKEMÅL/BEHOV – SKRIVS AV FÖRÄLDER ELLER KURATOR.

Berätta om barnets/familjens situation i korthet:	
Beskriv barnets önskemål/behov:	
Ort/Datum:	Underskrift:
Telefon dagtid:	Namnförtydligande:

FAQ
Hur längre räknar ni barnet som minderårig?

Man räknas som minderårig hela det året som barnet fyller 18 år. Har sökande fyllt 18 år skriver man under ansökan.

Vi har tidigare beviljats bidrag från Cancerhjälpen, när kan vi ansöka igen?

Det måste gå minst 12 månader från senaste beviljade bidrag innan Cancerhjälp

en kan registrera en ny ansökan.

EJ KOMPLETTA ANSÖKNINGAR FÖRLÄNGER HANDLÄGGNINGSTIDEN FÖR ALLA SÖKANDE BARN. VI BER ER KONTROLLERA EN EXTRA GÅNG SÅ ATT NI VERKLIGEN FÅTT MED ALLT I ER ANSÖKAN.