

Ansökningsblankett Anna och Arvid Fahlcrantz testamentssstiftelse

* Obligatoriska fält

Fonden bildades 1940

Kapitalet ska användas till betalning av kostnader för sjukvård vid Falu lasarett för obemedlade köpmän i Falu stad eller deras anhöriga, dock inte i de fall där kostnaderna skulle betalas av stat eller kommun. I den mån behov ej föreligger för sådana personer får avkastningen användas till för andra behövande invånare i Falu kommun.

1. Godkännande

Jag godkänner hantering av mina uppgifter i enlighet med GDPR ☐
(Dataskyddsförordningen (EU) 2016/679) *

2. Person och kontaktuppgifter uppgifter på den som ansökan gäller

Förnamn* _____

Efternamn* _____

Personnummer* (*Bifoga personbevis**) _____

Gatuadress* _____

Postnummer* _____

Ort* _____

3. Kontaktuppgifter till den som upprättat ansökan om annan än personen ovan

Namn* _____

Telefon* _____

Mejladress _____

4. Vilket belopp söks(anges i svenska kronor)?*

5. Till vad ska bidraget användas?*

Beskriv vad bidraget ska användas till, skriv även på baksidan om rutan inte räcker. *Bifoga prospekt, program och annat som styrker kostnaden*

6. **Beskriv behovet av bidraget.***Hur uppfyller sökande kriterierna?
(Vid sjukdom bifoga intyg av läkare eller annan person som kan styrka behovet.)

7. **Ekonomisk situation (Bifoga senaste inkomstdeklarationen)***
Nedan anges inkomster och utgifter i svenska kronor.

Inkomster

1. Sökandes bruttoinkomst före skatt/månad*

2. Make/makas, sambos bruttoinkomst före skatt/månad

3. Övriga skattepliktiga inkomster/månad

Specificera vad övriga inkomster består av

Summa inkomster/månad*

Utgifter

1. Boendekostnad/månad

2. Matkostnader/månad

3. Övriga kostnader/månad

Specificera vad kostnaderna består av

Summa utgifter/månad*

8. **Bankuppgifter för eventuell utbetalning av bidrag***

Namn på bank:*

Kontonummer inklusive clearingnummer *

9. Övriga kommentarer till ansökan

Här är plats att skriva ytterligare kommentarer till ansökan, skriv även på baksidan om rutan inte räcker.

10. Intygande

Jag intygar riktigheten i inlämnade uppgifter* ☐

Jag har läst igenom "Riktlinjer för prövning av behovande" ☐

11. Sökandes underskrift*

Ort och datum

Underskrift

Skickas till:

Region Dalarna
Enheten Bidrag Stipendier
Myntgatan 2
791 51 Falun

Har du frågor?

Kontakta:

Via mejl: bidrag.stipendier@regiondalarna.se

Via telefon:

Theresia Holmstedt Jensen 070-5397417 Enhetschef Bidrag och stipendier

Susanne Andersson Jaako 070-207 90 40 Handläggare Bidrag och stipendier

Fylls i av Region Dalarna

Ansökan inkom datum

Handläggare

Beslut