

STIFTELSEN ALMA DETTHOWS HJÄLPFOND

Kallskärsgatan 5 4tr , 115 33 Stockholm, Tel 08 – 663 99 16
Telefontid: Tisdagar och torsdagar 08:00 – 09:30 (övr.tid telefonsvarare)

Fondens medel avser ensamstående kvinnor (med eller utan barn)

Fyll i ALLA uppgifter på blanketten. Var god texta.

Samtliga uppgifter behandlas konfidentiellt

Efternamn: _____

Tilltalsnamn: _____

Adress: _____

Postadress: _____

Personnummer: _____

Telefonnummer: _____

Yrke: _____

Hemmavarande barns ålder: _____

Ensamstående

Frisk

Vistas barnen hos dig Heltid 50%

Gift

Sjukskriven/Sjukersättning

Arbetar heltid deltid

Sammanboende

Sjukpensionär

Socialbidrag Ja Nej

Har du personkonto i Nordea MED PERSONNR Nej Ja

Ovanstående uppgifter kommer att registreras i fondens dataprogram

Avslag på ansökan meddelas ej

Ange alla uppgifter per månad styrkta med bilaga

Inkomster

	Brutto	Skatt	Netto
Arbetsinkomst			
Försäkringskassan			
A-kassa			
Pension/sjukers			
Andra inkomster			
AFA-AMF-SPV			
Alecta-KPA			
CSN ink bidrag			
Bostadstillägg			
Bostadsbidrag			
Underhållsbidrag			
Barn/studiebidrag			
Vårdbidrag			

Utgifter

Hyra	
Antal rum	
Barnomsorg	
Hemservice	

Tillgångar (fritidshus, bankmedel, bil):

Andra bidrag senaste året:

Ev bidrag önskas användas till _____

Beräknad kostnad _____

Fondens anteckningar

Övriga uppgifter som sökanden önskar åberopa: (t ex sjukdommar m.m.)

Jag försäkrar att dessa uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Skulle mina förhållanden i något avseende ändras, förbinder jag mig att omedelbart underrätta styrelsen därom. Jag medger insyn i mina ekonomiska förhållanden hos sociala myndigheter, försäkringskassan och samarbetande fonder.

Jag medger att så sker

_____ den _____

Sökandens egenhändiga namnteckning

OBSERVERA: För att ansökan skall behandlas MÅSTE kopior av nedanstående bilagor finnas med, ej endast kontoutdrag.

Kopia på aktuell månadsinkomst (Pension/sjukersättning – Sjukpenning – A-kassa – andra ink)

Kopia av Skatteverkets **blankett Inkomstdeklaration sid 1** samt

Blankett KU (Samtliga kontrolluppgifter) som du begär från Skatteverket

Tel 0771 – 567 567

Kopia av AFA-Alecta-AMF-KPA-SPV

Kopia av Bostadsbidrag – Hyresavi – Även vårdbidrag – barnpension om du har det

Vi vill inte ha läkarutlåtande eller andrakopior.

Den som inte fått bidrag inom ca 5 veckor från ansökningstillfället har fått avslag och blir ej underrättad därom, men du är alltid välkommen att ringa på vår telefontid, se sid 1.

REKOMMENDATION

Av person som känner sökanden

Att lämnade uppgifter är med sanningen överensstämmande enligt med de av mig kända förhållanden, intygas härmed

Intygsgivarens namnteckning

Yrke

Namnförtydligande

Tel

Arbetsplatsens namn och adress

Bifall med kr: _____ Datum: _____

Avslag: _____