

LINNÉA OCH JOSEF CARLSSONS STIFTELSE Kronborgsgatan 2 C 252 22 Helsingborg Tel: 042-21 70 19 Hemsida: www.carlssonsstiftelse.se E-post: ljc@carlssonsstiftelse.se	<u>Ansökan av</u> <u>enskild person</u>	Inkom:	Ansökan nr:
Stiftelsen lämnar ekonomiskt bidrag till barn- och ungdomar med cerebral pares (CP) eller andra neurologiska funktionsnedsättningar. Det innebär att de ska orsakas av sjukdom eller skada i hjärnan, ryggmärgen, nerverna eller i musklerna. Bidrag ges endast till personer t o m det året man fyller 29 år. Bidrag ges inte till barn och ungdomar med enbart allergi, reumatisk sjukdom eller diabetes. Inte heller vid syn- och hörselnedsättning eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar såsom adhd och autism utan andra neurologiska tillstånd. Bidrag kan ges till rekreation, resor, läger, stughyra, dator, TV/Video, musikinstrument, specialcykel, mobiltelefon, tvättmaskin/torktumlare, körkortsutbildning m.m. Vid prövning tillämpas vissa inkomstgränser. Har åtgärden vidtagits eller utrustningen anskaffats före styrelsens beslut utgår ej bidrag. Bidrag utgår endast en gång per år. Senaste ansökningsdagar: 31 mars och 15 oktober			
Sökandes efternamn	Sökandes förnamn		Personnummer
Bostadsadress			
Postnr och postadress		Telefon nr	
Har bidrag från stiftelsen erhållits tidigare? Om JA fyll i belopp och när senast erhållits.			
År	Belopp	Ändamål	
För omyndig sökande: Förälders eller annan vårnadshavares namn			
1. Familje- och bostadsförhållanden (familjens storlek, om sökande bor ensam, i föräldrahemmet eller annan plats). Ange också om barnet är fosterbarn. Bifogas endast underlag/intyg på den sökande			
2. Ange art och omfattning av funktionsnedsättning samt skolform/sysselsättning (intyg av läkare, kurator eller distriktssköterska helst ej äldre än tre år skall bifogas)			
3. Ändamål för vilket bidrag sökes (vid resa ange om ledsagare behövs, resmål och vilka som skall resa)			
4. När skall resan göras / när beräknas inköpet ske ?			Totalkostnad
			Sökt belopp
5. OBS! skall fyllas i! Har bidrag sökts från annat håll, t.ex. fond, stiftelse ? Ja ☐ Nej ☐ Om svaret är "ja", av vem?			
6. Ange om ni erhållit bilstöd från försäkringskassan? Anges vid ansökan om bidrag till bil.			
För stiftelsens anteckningar			

OBS! OFULLSTÄNDIGT IFYLLDA ANSÖKNINGAR BEHANDLAS EJ !

7. INKOMSTER Samtliga belopp skall avse PER MÅNAD och FÖRE SKATT OBS! Vid sambo-förhållande skall inkomstuppgifter även avse den sammanboende.		Myndig Sökanden	Omyndigs förälder	Omyndigs föräldler	Sambo
Inkomst, brutto, av anställning					
Inkomst, brutto, av rörelse					
Pension.....					
Sjukersättning					
Omvårdnadsbidrag					
Merkostnadsersättning					
Aktivitetssersättning					
Barnbidrag / förlängt barnbidrag/studiebidrag OBS! Hur många barn i familjen får barnbidrag?st					
Underhållsstöd					
Bostadstillägg					
Försörjningsstöd					
Övriga inkomster					
SUMMA INKOMSTER FÖRE SKATT					
8. TILLGÅNGAR	Kr.	SKULDER		Kr.	
Banktillgodohavanden		.			
Aktier, obligationer m.m.		.			
Övriga tillgångar		.			
9. Övriga upplysningar, ev ref med tel nr					
<u>Information enligt dataskyddsförordningen, GDPR</u> Personuppgifter som du lämnar i denna ansökan eller som registreras i övrigt inom ramen för ansökningsförfarandet, behandlas av den personuppgiftsansvarige, Linnéa och Josef Carlssons stiftelse, för att administrera ansökningsförfarandet. Uppgifter som vi samlar in och registrerar är namn, personnr, adress, telefonnr, uppgifter om ekonomiska förhållanden och funktionshinder och den som företräder sökanden. I övrigt hänvisas till stiftelsens dataskyddspolicy på hemsidan www.carlssonsstiftelse.se Genom din underskrift på ansökningsblanketten godkänner du att sådana uppgifter behandlas för de ändamål som angivits ovan. Personuppgifterna kan komma kompletteras genom inhämtning från privata och offentliga register, t ex uppdatering av adressuppgifter.					
Undertecknad sökande har tagit del av lämnad information om dataskyddsförordningen och intygar att ovanstående uppgifter är korrekta samt att stiftelsen medges använda och förvara lämnade uppgifter i samband med behandling av bidragsansökan.					
Datum	Underskrift av sökanden/förälder eller förmyndare		Namnförtydligande		
			Adress		
			Postnr och postadress		
			Telefon		

OBS ! OFULLSTÄNDIGT IFYLLDA ANSÖKNINGAR BEHANDLAS EJ !