

## Ansökan om enskilt bidrag

Frågor: ring 08-442 46 50 eller maila: [info@hjardebarnsfonden.se](mailto:info@hjardebarnsfonden.se)

Sökandes namn:

Personnummer:

Medsökande:

Personnummer:

Sammanboende  Ensamstående

Det hjärtsjuka barnets namn:

Personnummer:

Hjärtdiagnos:

Hemmavarande barn utan inkomst (Namn och personnummer på alla barn):

Barn 1:

Barn 2:

Barn 3:

Barn 4:

---

Adress:

Postnr:

E-post:

Tel dagtid:

Ev. beviljat bidrag utbetalas till:

Bank:

Clearingnr:

Kontonr:

Bankens ort:

---

Medlem i hjärdebarnsfonden

Ja

Nej

Om ja, vilken förening?

Har medel ur Hjärdebarnsfonden  
beviljats tidigare?

Ja

Nej

Om ja, år:

Har ni sökt bidrag från annat håll?

Ja

Nej

Besvarats?

Ja

Nej

Om ja, summa:

Avslag?

Ja

Nej

Ansökan avser ändamål:

Merkostnad i samband med sjukhusvistelse Fr.o.m. T.o.m.  
Vänligen bifoga intyg eller be sjukhuspersonal om underskrift på denna ansökan som styrker info.

Begravningsstöd

Föreningsaktivitet (I Hjärtebarnsfonden eller habiliterande verksamhet) vilken:

Kort beskrivning av behovet och övriga upplysningar av betydelse (fortsätt på baksida om utrymme behövs):

## EKONIMISKA FÖRHÅLLANDEN

Nuvarande SGI (**D.v.s. inkomsten innan ev. sjukskrivning/VAB**)

Sökandes årsinkomst efter skatt:

Medsökandes årsinkomst efter skatt:

Övriga inkomster:  
(T.ex. Vård-, barn-, underhålls-, bostadsbidrag m.fl.)

Totalsumma:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Sökandes namnteckning

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Myndig hjärtsjuk underskrift

**Ansökan postas till adress nedan eller mailas till [info@hjardebarnsfonden.se](mailto:info@hjardebarnsfonden.se)  
Besked lämnas via E-post.**

*Hjärtebarnsfondens noteringar:*

*Behandlad:*

*Aviserad/Utanordnad:*

*Förslag:*

*Beviljad kr:*

*Anledning till avslag:*