



Svenska  
Läkaresällskapet

## ANSÖKAN OM MEDEL UR STIFTELSEN ANTON OCH DOROTHEA BEXELIUS MINNESFOND

Anton och Dorothea Bexelius minnesfond ger bl.a. bidrag till behövande psykiskt sjuka, företrädevis svenska medborgare boendes i Stockholm. Till ansökan bifogas läkarintyg och senast fastställda deklaration (slutskattsedel). För nya sökande ska även personbevis bifogas.

Beslut om utdelning ur SLS understödsfonder tas i april och besked lämnas i slutet av april via e-post. Beloppet betalas ut i maj till angivet kontonummer.

1. Sökandens fullständiga namn.....

Födelsedatum.....

Adress.....

E-post.....Telefon.....

Bank och kontonummer.....

2. Civilstånd

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gift	samman- boende	ogift	frånskild	änka/änkling

3. Ev make/makas namn.....Ålder.....

Sysselsättning .....

4. Antal hemmavarande barn..... Barnens ålder.....

5. Bostad

Egen fastighet. Senaste taxeringsvärde.....

Bostadsrätt. Senaste taxeringsvärde.....

Hyresrätt

Bostadens storlek..... Hyra/månad.....

6. Har Du för närvarande någon anställning

( ) ja

( ) nej

Om ja, ange arbetsgivare.....

7. Erhåller Du hjälp från kommunen (färdtjänst, socialhjälp, ekonomisk hjälp)?  
I så fall vad och hur mycket?

.....

.....

8. Uppge om Du lider av sjukdom eller invaliditet

.....

.....

9. Övriga uppgifter/information

.....

.....

.....

**Underskrift av sökande**

Ort, datum .....

Namnteckning .....

Jag godkänner att mina personuppgifter sparas av SLS. SLS (som är personuppgiftsansvarig för behandlingen) samlar in, behandlar och lagrar personuppgifterna i ansökan för att kunna hantera ditt ärende. Laglig grund för behandlingen är berättigat intresse (vi har i intresseavvägningen vägt in att både du och SLS har intresse av att du kan bli beviljad bidrag). **Observera att godkännande krävs för att din ansökan ska kunna behandlas.**

**Sökandes uppgifter intygas av två personer**

Namn .....

Namn-teckning .....

E-post .....

Telefon.....

Ort, datum .....

Namn .....

Namn-teckning .....

E-post .....

Telefon.....

Ort, datum .....

**Blanketten skickas till SLS via e-post eller post innan 1 mars**

**E-post:** [understodsfonder@sls.se](mailto:understodsfonder@sls.se)

**Postadress:**

Svenska Läkaresällskapet

Att: Understödsfonder

Box 738

101 35 Stockholm