



## ANSÖKAN OM MEDEL UR STIFTELSEN NAUKHOFFS FOND

Nauckhoffs fond ger svensk läkare, hustru eller barn till eller änka efter svensk läkare möjlighet att söka medel till en rekreationsresa.

### Till ansökan bifogas endast:

- Personbevis
- Läkarintyg, som styrker behovet av rekreationsresa
- Senast fastställda deklaration (slutskattsedel)

**En ansökan utan obligatoriska bilagor kommer inte att kunna handläggas.**

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.

### \* Fordras för utbetalning

1. \*Sökandens fullständiga namn \_\_\_\_\_

\*Personnummer (12 siffror) \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

\*E-post \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

\*Bank \_\_\_\_\_

\*Clearingnummer \_\_\_\_\_ \*Kontonummer \_\_\_\_\_

2. Civilstånd

☐  
gift

☐  
samman-  
boende

☐  
ogift

☐  
frånskild

☐  
änka/änkling

3. Ev. make/makas namn \_\_\_\_\_ Ålder \_\_\_\_\_

Sysselsättning \_\_\_\_\_

4. Antal hemmavarande barn \_\_\_\_\_ Barnens ålder \_\_\_\_\_

5. Uppgift om släktskapsförhållanden som berättigar till understöd

\_\_\_\_\_

## 6. Bostad

☐

Egen fastighet. Senaste taxeringsvärde \_\_\_\_\_

☐

Bostadsrätt. Senaste taxeringsvärde \_\_\_\_\_

☐

Hyresrätt

Bostadens storlek \_\_\_\_\_ Hyra/månad \_\_\_\_\_

## 7. Har Du för närvarande någon anställning?

☐

Ja

☐

Nej

Om ja, ange arbetsgivare och brutto månadslön \_\_\_\_\_

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

---

---

## 9. Uppge om Du lider av sjukdom eller invaliditet

---

---

## 10. Övriga uppgifter/information om önskad rekreationsresa

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**\*Underskrift av sökande**

Om det finns anledning att misstänka att felaktiga uppgifter har lämnats eller att ett intyg inte är äkta, förbehåller sig Svenska Läkaresällskapet rätten att vid behov göra en polisanmälan.

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 läkare**

Namn \_\_\_\_\_

Namnteckning \_\_\_\_\_

E-post \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Ort, datum \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_

Namnteckning \_\_\_\_\_

E-post \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Ort, datum \_\_\_\_\_

**Blanketten och bilagor skickas till SLS via post innan 1 mars**

**Postadress:**

Svenska Läkaresällskapet  
Att: Understödsfonder  
Box 738  
101 35 Stockholm

**Kontakt:** understodsfonder@sls.se