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, företrädelsevis svenska medborgare boendes i Stockholm.

Till ansökan bifogas endast:

- Personbevis
- Läkarintyg
- 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. 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 och brutto månadslön _____

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**

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