

## Ansökningsblankett

Förnamn

(Förälders namn för omyndig)

Efternamn

Personnr (10 siffror)

--	--	--

Adress

c/o

--	--

Postnr

Ort

Clearingsnummer

Utbetalningskonto

--	--	--	--	--

Hemtelefon

Mobiltelefon

E-postadress

--	--	--

Civilstånd

Kön

Antal och ålder på hemmavarande barn (resp syskon för omyndig)

--	--	--

Namn på stiftelse (OBS! endast en ansökan på varje ansökningsblankett)

--

Önskat bidrag

Ändamål för vilket bidrag söks

--	--

Sökt belopp

Totalkostnad

Egen insats

--	--	--

Sökandes månadsinkomst brutto

Föräldrars månadsinkomst brutto (för omyndig)

Makas/makes/sambos månadsinkomst brutto

--	--	--

Bostadskostnad/mån

Bostadstillägg/bostadsbidrag

--	--

Underhållsbidrag/underhållsstöd

Vårdbidrag brutto

--	--

Summa ovanstående:

Övriga upplysningar:

--	--

Sjukdom/funktionshinder (kort beskrivning)

--

Sjukskrivningsperiod                      Ange yrke                      Ange arbetsgivare                      Arbetslös om ja, sedan

--	--	--	--

Rehabinsatser för vilket bidrag söks – ska avse rehabiliteringsinsatser som inte är offentligt finansierade

--

Har du för samma ändamål sökt bidrag från annat håll?

Ja                      Nej                      Om ja, varifrån och med vilket belopp

--	--	--	--

Övriga upplysningar (Du kan även komplettera med bilagor)

--

**OBS!** Intyg/utlåtande från läkare, socialsekreterare, kurator, distriktssköterska eller motsvarande bifogas för vissa stiftelser, se vilka i stiftelsesammanställningen.

**Ansökan insänds till:** Region Halland, Kansliavdelningen, Box 517, 301 80 Halmstad

Datum \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_