**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

|  |
| --- |
|  |

Önskat bidrag Ändamål för vilket bidrag söks

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Sökt belopp Totalkostnad Egen insats

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Sökandes månadsinkomst Föräldrars månadsinkomst brutto Makas/makes/sambos

brutto (för omyndig) 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_