



## Ansökan om fondmedel VUXEN

Personnummer, YYYYMMDD-NNNN:		<b>Ekonomiskt nuläge</b> Aktuell sammanlagd inkomst per månad <b>efter</b> skatt:
För- och efternamn:		
Adress:	Lgh nr:	Bank, aktier, övriga tillgångar:
Postnr:	Stad/ort	Övriga inkomster, bidrag etc:
Tel nr inkl riktnr:		Antal minderåriga barn:
E-postadress:		

Man

Kvinna

Gift

Sambo

Ensamstående

Fondmedel sökes för  Cancersjukdom Diagnos: \_\_\_\_\_

Allergi Diagnos: \_\_\_\_\_

Har Du ansökt från andra organisationer?  Ja  Nej

Skicka **INTE** in kvitton/räkningar/fakturor tillsammans med ansökan. Vi ansvarar inte för förlorade kvitton/räkningar/fakturor som bifogas ansökan.

Skriftligt besked sänds till sökanden när ansökan har behandlats. Ansökan behandlas konfidentiellt, varför inga besked lämnas via telefon eller e-mail. Handläggningstiden är ca 4 - 6 veckor.

### VIKTIGT!

Nedanstående dokument **måste bifogas ansökan** för att den skall anses som komplett.

**Inkomplett ansökan returneras utan åtgärd.**

- Läkarutlåtande och/eller kuratorsintyg där diagnos, datum för diagnos och behandling samt aktuella besvär tydligt framgår. Intyget ska vara ett daterat original, utskrivet på vårdinstansens papper, underskrivet av läkaren respektive kuratorn och får inte vara äldre än ett (1) år. En kopia av ett intyg godkänns inte.
- En kopia av senaste inkomstdeklarationen inkl. bilagor. Finns make/maka/sambo skall även dennes deklaration bifogas. Om inkomstdeklaration saknas bifogas ett "Utdrag ur beskattningsregistret" från Skatteverket.
- Senaste årsbesked från banken. Finns make/maka/sambo skall även dennes årsbesked bifogas.
- Familjebevis (ett Personbevis där "Ändamål: Familjebevis" anges)

Skicka din ansökan till:  
Insamlingsstiftelsen Cancer- och Allergifonden  
Hälsingegatan 49  
113 31 Stockholm

Tel: 08-34 59 90  
E-post: [info@cancerochallergifonden.se](mailto:info@cancerochallergifonden.se)  
Hemsida: [www.cancerochallergifonden.se](http://www.cancerochallergifonden.se)

## Beskriv kortfattat Din nuvarande ekonomiska och sociala situation

--

**Bidrag sökes för:** Det måste vara direkt relaterat till Din cancer och/eller allergi.

--

**Fyll i Ditt clearing- och kontonummer. Endast Ditt eget konto godkänns.**

Clearingnummer	Kontonummer:
Bankens namn:	

**OBS! Cancer- och Allergifonden betalar INTE ut medel i form av kontanter, utbetalningsavi eller check.**

Cancer- och Allergifonden behandlar dina personuppgifter enligt dataskyddsförordningen GDPR (General Data Protection Regulation). När du skriver under accepterar du att vi behandlar dina personuppgifter enligt vår integritetspolicy som finns att läsa på vår hemsida [https://cancerochallergifonden.se/wp-content/uploads/2019/02/Integritetspolicy\\_sjukdomsdrabbade\\_ny.pdf](https://cancerochallergifonden.se/wp-content/uploads/2019/02/Integritetspolicy_sjukdomsdrabbade_ny.pdf)

Jag som sökande, intygar härmed att samtliga uppgifter i denna ansökan är sanningsenliga.

Ort/datum: \_\_\_\_\_ Namnunderskrift: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

Skicka din ansökan till:  
Insamlingsstiftelsen Cancer- och Allergifonden  
Hälsingegatan 49  
113 31 Stockholm

Tel: 08-34 59 90  
E-post: [info@cancerochallergifonden.se](mailto:info@cancerochallergifonden.se)  
Hemsida: [www.cancerochallergifonden.se](http://www.cancerochallergifonden.se)