

## Ansökan om fondmedel BARN och UNGDOM under 18 år

Vänligen texta tydligt

Barnets personnummer, YYYYMMDD-NNNN:		För- och efternamn:	
Adress:	Lgh nr	Postnr och ort:	
Vårdnadshavare 1 Namn:		Vårdnadshavare 2 Namn:	
Personnummer, YYYYMMDD-NNNN:		Personnummer, YYYYMMDD-NNNN:	
Adress:		Adress:	
Postnr och ort:		Postnr och ort:	
Tel bostad:	Mobiltel:	Tel bostad:	Mobiltel:
Årsinkomst (brutto):		Årsinkomst (brutto):	

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

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

Har Du ansökt från andra organisationer?  Ja  Nej

### OBS!

- Bidrag kan **inte** sökas retroaktivt (i efterskott) för redan inköpta varor
- Skicka **inte** in kvitton/räkningar/fakturor tillsammans med ansökan. Vi ansvarar inte för förlorade kvitton/räkningar/fakturor som bifogas ansökan.
- Skriftligt besked sänds till den sökande när ansökan har behandlats. Ansökan behandlas konfidentiellt. På grund av denna sekretess lämnas inga besked via telefon. Handläggningstiden är ca 4 - 6 veckor.

**VIKTIGT!** Nedanstående dokument **skall 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 vårdnadshavarnas senaste inkomstdeklaration inkl. bilagor. Om inkomstdeklaration saknas bifogas ett "Utdrag ur beskattningsregistret" från Skatteverket.
- Familjebevis (ett Personbevis som anger "Ändamål: Familjebevis") utställt på Vårdnadshavare 1.

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

Tel: 08-34 59 90, Fax: 08-33 08 96  
E-post: info@cancerochallergifonden.se  
www.cancerochallergifonden.se

Beskriv kortfattat den nuvarande ekonomiska och sociala situationen

--

**Önskemål** T ex hyra en stuga, inköp av en cykel eller spel

--

Fyll i clearing- och kontonummer för Vårdnadshavare 1.

Clearingnummer:	Kontonummer:
Bankens namn:	Kontoinnehavarens pers nr:

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\\_siukdomsdrabbade\\_ny.pdf](https://cancerochallergifonden.se/wp-content/uploads/2019/02/Integritetspolicy_siukdomsdrabbade_ny.pdf)

Härmed intygar jag/vi som vårdnadshavare att samtliga uppgifter i ansökan är sanningsenliga.

Ort/datum: \_\_\_\_\_ Namnunderskrift 1: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_

Ort/datum: \_\_\_\_\_ Namnunderskrift 2: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande \_\_\_\_\_