

### SÖKANDES PERSONUPPGIFTER

FÖRNAMN	EFTERNAMN
---------	-----------

GATUADRESS	POSTNUMMER	ORT
------------	------------	-----

TELEFONNUMMER
---------------

PERSONNUMMER
--------------

HEMMAVARANDE BARN <input type="checkbox"/> JA	BARNETS/BARNENS FÖDELSEÅR	<input type="checkbox"/> NEJ
---	---------------------------	------------------------------

### SÖKANDES NUVARANDE SYSSLESÄTTNING

<input type="checkbox"/> ARBETAR	<input type="checkbox"/> ARBETAR DELTID ..... %	<input type="checkbox"/> ARBETSLÖS SEDAN ÅR.....	<input type="checkbox"/> SJUKSKRIVEN SEDAN ÅR.....
<input type="checkbox"/> STUDERAR	<input type="checkbox"/> PENSIONÄR	<input type="checkbox"/> SJUKERSÄTTNING	

### SÖKANDES NUVARANDE MÅNADSINKOMST EFTER SKATT SAMT BIDRAG OCH TILLÄGG

--

### ÖVRIGA FAMILJEMEDLEMMARS MÅNADSINKOMST EFTER SKATT

--

### SÖKANDES EKONOMISKA TILLGÅNGAR

<input type="checkbox"/> SAKNAS	BANKMEDEL KR	BIL/BÅT VÄRDE KR	BOSTADSRÄTT/FASTIGHET TAX. VÄRDE KR
	FRITIDSHUS TAX. VÄRDE KR	ÖVRIGT	

### Bidragsmedel söks för


Söker du bidragsmedel för att underlätta en funktionsnedsättning så ska det styrkas.  
Detsamma gäller för tandvård, glasögon, ortopediska hjälpmedel eller studier.

## UTBETALNINGSSÄTT

<input type="checkbox"/> BANKKONTO	<input type="checkbox"/> PERSONKONTO
BANK	CLEARING- OCH KONTONUMMER

## GLÖM EJ ATT BIFOGA KOPIOR PÅ

- Inkomstdeklaration innevarande år (de gul- och vitrandiga sidorna, s. 1 och s. 4)
- Familjebevis
- Eventuella kopior som styrker de uppgifter du lämnar
- Eventuellt ett personligt brev, max en A4-sida.

## GDPR OCH PERSONUPPGIFTER

Katarina Sjukvårdsförening följer dataskyddsförordningen GDPR. Förordningen kräver medlemmarnas samtycke till att Katarina sjukvårdsförening lagrar och använder dessa personuppgifter. Du kan läsa mer om hur vi hanterar personuppgifter på vår [hemsida](#).

<input type="checkbox"/>	Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat i ansökan är fullständiga och sanningsenliga. Skulle mina förhållanden i något avseende ändras, förbinder jag mig utan dröjsmål underrätta Katarina sjukvårdsförening.
	UNDERSKRIFT
ORT OCH DATUM	NAMNFÖRTYDLIGANDE
_____	_____

Skicka din ansökan till: **Katarina sjukvårdsförening**  
Box 4292  
102 66 Stockholm

## BIDRAGSKOMMITTÉNS

### ANTECKNINGAR

BESLUT

SUMMA:

**Bidragskommittén** genom

ORT OCH DATUM