

**Ansökan om bidrag från
Stiftelsen Helge Ragnar Palms och hans hustru Märta Palms fond**

Sökande, fullständigt namn	Personnummer
Medsökande, fullständigt namn	Personnummer
Övriga skrivna på adressen, namn och personnummer	
Bostadsadress	Postnummer och ort

**För att kunna handlägga ärendet krävs bifogat familjebevis.
OBS! Endast bosatta inom Stockholms stift kan söka bidrag ur Palms stiftelse**

Fastställd förvärvsinkomst enl. senaste deklaration

För att kunna handlägga ärendet krävs bifogad inkomstdeklaration

Hälsotillstånd

Bifoga läkarintyg

Bidragsändamål	Uppskattad kostnad
----------------	--------------------

Vid ansökan om tandvård och glasögon ska kostnadsförslag bifogas.

Bankkonto inkl. clearingnummer

Vid ansökan om tandvård och glasögon ska kostnadsförslag bifogas.

Ansökan skickas till eller lämnas till:

Stiftelsehandläggaren
Gustaf Vasa församling
Box 3166, 103 63 Stockholm

Vid frågor eller tidsbokning kontakta Christina Högman 08-462 29 46

Avslag meddelas ej.

Vi tillämpar PUL (personupplysningslagen).

Inkomster per månad efter skatt	Sökande	Medsökande	Tillgångar	Saknas
Lön			Fastighet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>
Pension/sjukersättning inkl bostadstillägg			Bostadsrätt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Aktivitetsersättning			Bankmedel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Sjukpenning/föräldrapenning			Eget företag <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Utbildningsbidrag/CSN			Övriga tillgångar <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Arbetslöshetsersättning			Lån/skulder	Saknas <input type="checkbox"/>
Barnbidrag/studiebidrag			Bostadslån <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Underhållsstöd/bidragförskott			Hyresskulder <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Bostadsbidrag/KBH			CSN <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Handikappersättning			Övriga skulder <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Försörjningsstöd				
Inkomst av uthyrning				
Övriga inkomster				

Löpande utgifter/månad	Sökande	Medsökande
Hyresavgift (bifoga kopia på hyresavi)		
Barnomsorgsavgift/hemtjänst		
Övriga kostnader		

Undertecknad försäkrar att lämnade uppgifter är sanningsenliga

Datum / 20

Namnteckning