

Datum:	Beviljat belopp:	Avslag:
Handläggares Signatur:		

## **Ansökan om medel ur Masthuggs och Oscar Fredriks församlingars stiftelse- & gåvomedel**

Ansökan sändes till: Masthuggs/Oscar fredriks församling, diakonin,  
Carl Johans kyrkoplan 1, 414 55 Göteborg

Till dig som söker ekonomiska medel från Masthuggs eller Oscar Fredriks församlingar. Du som är skriven i någon av dessa församlingar har möjlighet att söka ur församlingens stiftelse- och gåvomedel en gång om året.

Vi har fyra ansökningstillfällen per år, **10 februari, 10 maj, 10 augusti** och **10 november**. Efter de datumen granskas och behandlas alla inkomna ansökningar. När behandlingen är klar träffas diakonirådet och beslutar om tilldelning. Besked om beslutet kommer att skickas till de sökande via e-post eller brev. Inom ungefär en månad från respektive ansökningstillfälle bör detta vara klart.

Det är viktigt att vi har papper som styrker de uppgifter du lämnat. Om du har en socialsekreterare kan hen skriftligen styrka dina uppgifter om inkomst och hyra.

### **Bifoga:**

- **Senaste slutskattebesked**
- **Kopia från pensions-, A-kasse eller löneavi**
- **Hysesavi**
- **Personbevis eller familjebevis om ni är flera i samma hushåll**

Du kan få hjälp att kopiera originalen på receptionen och diakon eller kurator hjälper gärna till att fylla i ansökan.

Diakon Masthugg: Annika Delemark, 031-731 92 38, Repslagargården, Repslagaregatan 5  
Diakon Oscar Fredrik: ia Hamnered, 031-731 92 70, Oscar Fredriks församlingshem,  
Receptionen: 031-731 92 50, Oscar Fredriks församlingshem, Oscar fredriks kyrkogata 1 a

**Välkommen med din ansökan!**

<b>Namn:</b>	<b>Personnummer, 12 siffror</b>
<b>Adress:</b>	<b>Postadress:</b>
<b>Antal personer i hushållet:</b>	<b>Hemmaboende barns födelseår:</b>
<b>Telefon alt 1:</b>	<b>Telefon alt 2:</b>
<b>E-postadress:</b>	
<b>Din bank:</b>	<b>Ditt kontonummer:</b>

<b>Inkomster/månad:</b> Lön/Pension/Sjukers/försörjningsstöd dyl	<b>Utgifter/månad:</b> Boende
Barnbidrag	Månadskort/Färdtjänst/Bil
Underhållsstöd	Medicin
Bostadsbidrag/bostadstillägg	Läkarvård
Sammanlagd inkomst för andra i hushållet	Tandvård
Studiestöd	Skulder
Övrigt:	Övrigt:
<b>Summa:</b>	<b>Summa:</b>

1. Jag söker bidrag till...

2. Orsak till ansökan

*Jag försäkrar att uppgifterna är riktiga och medger att handlingarna vid behov kontrolleras och godkänner att mina personuppgifter behandlas enligt PuL*

Ort och datum:	Underskrift:
----------------	--------------

**OBS! Ofullständigt ifylld ansökan kommer ej att behandlas**