

Stiftelsen PETTERSILFVERSKIÖLDSMINNESFOND

Bidrag till barn och ungdomar med sjukdom eller funktionsnedsättning boende inom Göteborgs kommun eller Bohuslän.

Bidrag kan sökas för vård, rekreation, förbättring av sociala förhållanden eller till trivselskapande åtgärder.

Bidrag utgår inte till ändamål, som regelmässigt tillgodoses av allmänna medel, inte heller till sökande som är över 25 år, dvs. den sökande får inte fyllt 26 år den 10 mars ansökningsåret.

Bidrag utgår som regel med helt eller halvt bidrag (5.000 kr, respektive 2.500 kr). Bidrag lämnas som regel högst 3 gånger till samma barn/ungdom.

Ansökan om bidrag skall innehålla:

1. Aktuellt intyg från läkare, sjuksköterska eller kurator som känner den sökandes förhållanden
2. Den sökandes namn, personnummer och adress samt vårdnadshavare
3. Redogörelse över den sökandes familjeförhållanden
4. Beskrivning över sjukdom/funktionsnedsättning och vårdbehov
5. Uppgift om ändamål med bidraget
6. Uppgift om bidrag sökts från annat håll
7. Uppgifter om person som ev hjälpt sökanden med ansökningsprocessen
8. Bidrag kan utbetalas direkt till bankkonto. Om så önskas - ange bank samt Kontonummer

Ansökningsblankett kan hämtas på hemsidan eller rekvireras hos stiftelsens sekreterare.

Bidrag kan också sökas av grupper av barn som faller inom stiftelsens ändamål. Ansökan inlämnas som ett brev som beskriver gruppen och vad man behöver bidrag till.

Ansökan om bidrag skall senast den 10 mars insändas till stiftelsens sekreterare. Utdelning av bidrag beräknas ske under maj månad.

Förfrågningar kan göras hos stiftelsens sekreterare

c/o Lotta Vesterlund

Regionhabiliteringen

Box 21 062

418 04 GÖTEBORG

tel 0790-12 98 90 e-post: info@pettersilfverskioldsmminnesfond.se

hemsida: www.pettersilfverskioldsmminnesfond.se

Så behandlar stiftelsen dina personuppgifter. (Information enligt personuppgiftslagen-PUL.)

Personuppgifter som du lämnar i denna ansökan eller som registrerats i övrigt inom ramen för ansökningsförfarandet, behandlas av den personuppgiftsansvarige; Petter Silfverskiölds Minnesfond, för att pröva din rätt till bidrag och för övrig administration. I syfte att upprätthålla god registervård kan personuppgifter komma att kompletteras genom inhämtning från privata register t.ex. uppdatering av adressuppgifter med hjälp av statens person- och adressregister.

Personuppgifterna lagras så länge som är nödvändigt med hänsyn till ändamålen med behandlingen samt för att stiftelsen ska kunna fullgöra sina skyldigheter enligt lag.

Samtycke till behandling av känsliga personuppgifter Genom din underskrift på ansökningsblanketten godkänner du att de personuppgifter som du lämnat i din ansökan, även om de skulle innefatta s.k. *känsliga personuppgifter, får behandlas för de ändamål som angivits ovan.

**Med känsliga personuppgifter avses uppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter eller filosofisk övertygelse, medlemskap i fackförening eller uppgifter som rör hälsa eller sexual-liv.*

Stiftelsen

PETTER SILFVERSKIÖLDS MINNESFOND

c/o Lotta Vesterlund, Regionhabiliteringen, Box 21 062, 418 04 Göteborg
tel 0790-12 98 90, e-post info@pettersilfverskioldsmminnesfond.se
www.pettersilfverskioldsmminnesfond.se

Ansökan om bidrag

Insändes senast den 10 mars

Bifoga aktuellt intyg från läkare, sjuksköterska eller kurator som känner den sökandes förhållanden

Sökandes namn:

Personnummer:

Adress:

.....

Vårdnadshavarens namn, e-post och telefonnummer:

.....

.....

Familje- och boendeförhållanden:

.....

.....

Sjukdomens/funktionsnedsättningens art:

.....

.....

Sökandes vårdbehov, samt hur den medicinska kontrollen sker:

.....

.....

.....

Bidraget skall användas till:

.....

.....

Har bidrag sökts från annat håll för samma ändamål?

Ev medhjälpare:

Bank och kontonummer där bidrag kan sättas in:

..... 20.....-.....-.....

ort

datum

underskrift