

Ansökan om bidrag för enskild person under 30 år

Den funktionshindrades fullständiga namn		Personnummer	
Yrke		Civilstatus	
Antal hemmavarande barn/syskon		Barnens/syskonens ålder	
Bostadsadress		Postnummer	Ort
Telefon	Mobil	Arbete	
Funktionshinder (diagnos)			
Föräldrarnas/vårdnadshavarnas namn (för omyndig sökande)			
Ändamål för vilket bidrag söks (OBS – Endast ett ändamål per sökande)			
Söker, kr	Betalar själv, kr	Totalkostnad, kr	
Har du fått bidrag för samma ändamål från annat håll? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Ja, ange varifrån och belopp			
Har du sökt...			
Bilstöd från Försäkringskassan?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Landsstingsbetald klimatvårdsresa?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du sökt bidrag från annat håll? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Ja, ange varifrån och belopp			
Sjuk-/aktivitetsersättning: <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> Inget			
Handikappersättning: <input type="checkbox"/> 69% <input type="checkbox"/> 53% <input type="checkbox"/> 36% <input type="checkbox"/> Inget			
Vårdbidrag för barn med funktionshinder: <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> Inget			
Årsinkomst före skatt för inkomstår 2016			
Kopia på "Besked om årlig beskattning" eller intyg från Skatteverket måste bifogas			
För sökande över 18 år		För sökande under 18 år	
Personen med funktionshinder	Personen med funktionshinderns make/maka/sambo	Vårdnadshavare	Vårdnadshavarens make/maka/sambo
Kr.	Kr.	Kr.	Kr.
Bankmedel	Andra tillgångar	Bankmedel	Andra tillgångar
Intyg utskrivet av läkare, kurator, sjukgymnast eller leg psykolog, logoped som bestyrker funktionshindret samt behovet av ekonomiskt stöd för det sökta ändamålet ska bifogas ansökningsblanketten. Intyget måste vara aktuellt, daterat, undertecknat samt innehålla uppgift om telefonnummer.			
Datum		Underskrift	
Om ansökan görs av annan person (t.ex vårdnadshavare för sökande under 18 år) Namn			
Adress		Postnummer	Ort
Telefon	Mobil	Arbete	
E-postadress:			