


Här kan du se ett exempel på en godkänd ansökan med bilagor till Sunnerdahls handikappfond.

1. Du behöver visa vilken inkomst du har, inkomstår 2019. Inkomsten heter "Fastställd förvärvsinkomst" på skatteverkets besked.

Det gör du antingen med beskedet "Resultatet av årlig beskattning" som skatteverket skickat ut till dig. Det ser ut så här:



831 87 ÖSTERSUND
Skatteupplysningen 0771-567 567

Kommunal skattesats %
Kommunalskatt xx,xx
Landstingsskatt xx,xx
Summa xx,xx

Inkomstår 2019
Resultatet av årlig beskattning enligt beslut 2020-04-03

Så här blev din pensionsgrundande inkomst
Pensionsgrundande inkomst av anställning 0

Så här blev din årliga beskattning

Fastställd förvärvsinkomst	-	190 300
Avgår: Grundavdrag	-	xx xxx
Beskattningsbar förvärvsinkomst	=	xxx xxx
Överskott av kapital		xx xxx
Så här blev din slutliga skatt		
Kommunal inkomstskatt		xxx xxx
Statlig inkomstskatt på kapitalinkomster	+	x xxx
Begravningsavgift 0,065 %	+	
Public service-avgift	+	x xxx
Summa	=	xxx xxx
Skattereduktioner		xx xxx
Summa slutlig skatt	=	xxx xxx

Besked

Kommun KOMMUNEN						
Län XX	Kom XX	Region XX	Kontor XX	Sek XX	Grupp XX	Person-/Org.-/Reg.nr XXXX-XXX

* Uppges utöver namn och adress vid skriftväxling

Efternamn, Förnamn

Behåll denna del. Den kan i vissa fall behövas för deklarationen!

05
00
sv
02
4005
SKV

Postadress 831 87 ÖSTERSUND

Skatteupplysningen 0771-567 567

Mejl via "Kontakta oss" på www.skatteverket.se

Eller så laddar du ner "Utdrag ur beskattningsregistret" på skatteverkets hemsida:

gå in på skatteverket.se och logga in med din e-legitimation

välj fliken "Skatter och deklARATIONER"

välj "Beslutade skatteuppgifter" där är "Visa besked för år 2019" förinställt

tryck på "Visa beslutade skatteuppgifter i PDF-format" som är markerat i gult

ladda ner dokumentet "Utdrag ur beskattningsregistret"

Utdraget ser ut så här:



Utdrag ur beskattningsregistret

1 (1)

Utdrag skapat
ÅÅÅÅ-MM-DD

Person-/Org-/Reg.nr
ÅÅMMDD-XXXX

Efternamn, Förnamn

Inkomstår 2019

Så här blev din pensionsgrundande inkomst

Pensionsgrundande inkomst av anställning 0

Så här blev din årliga beskattning

Överskott av tjänst XXX XXX

Fastställd förvärsinkomst 190 300

Avgår: Grundavdrag - XX XXX

Beskattningsbar förvärsinkomst = XXX XXX

Överskott /Underskott av kapital XX XXX

Så här blev din slutliga skatt

Kommunal inkomstskatt XXX XXX

Statlig inkomstskatt på kapitalinkomster + X XXX

Allmän pensionsavgift på inkomst av anställning + XX XXX

Begravningsavgift + XXX

Public service-avgift + X XXX

Summa = XXX XXX

Summa skattereduktioner - XX XXX

Summa slutlig skatt = XXX XXX

SKV 23082 02 sv 00 01

Postadress

Skatteupplysningen
0771-567 567

Mejl via "Kontakta oss" på
www.skatteverket.se

2. Du måste också skicka med ett intyg.

Intyget måste

- skrivas av en läkare, kurator, sjukgymnast, leg psykolog eller logoped.
- undertecknas av personen som skriver intyget.

Intyget måste innehålla

- telefonnummer till den som skriver intyget.
- vilket datum intyget skrivs. Intyget du skickar till oss får inte vara äldre än ett år.
- vilken funktionsnedsättning du har.
- att du behöver ekonomiskt stöd.
- till vad du behöver bidraget och varför du behöver det.

Så här kan ett intyg se ut.

Region NN	INTYG
Mottagningen	ÅÅÅÅ-MM-DD
Sjukhuset NN	
XXX XX ORT	Till den det berör
Tel XXX-XXX XX XX	

ÅÅMMDD-XXXX Förnam Efternamn, Adress, Postnummer Postort

Undertecknad specialist har haft regelbunden kontakt med NN sedan 2017. Hen har ett autismspektrumsyndrom och en lindrig intellektuell funktionsnedsättning. NN har tidigare varit ansluten till habiliteringsverksamhet.

Hen bor i egen lägenhet och arbetstränar för tillfället. Med en låg inkomst blir det inte mycket kvar efter att alla utgifter för månaden är betalade. Med tanke på den låga inkomsten finns ett stort behov av ekonomiskt stöd. NN har behov av att kunna hålla social kontakt med familj och omvärld. Hen skulle också må bra av en aktivitet som kan bidra till rekreation och en möjlighet att träna sin sociala förmåga. Detta i sällskap med en för NN trygg person.

Jag intygar behovet av fondmedel till NN för att köpa exempelvis en mobiltelefon eller en rekreationsresa med medföljande sällskap.

Intygas

Underskrift

Förnamn Efternamn

Docent, Överläkare

Specialist

Tfn 070-XXX XX XX

3. Du behöver slutligen ha en underskriven ansökan.

Siffrans Samordnings Händikappfond
Hägerstensvägen 253
129 35 Hägersten

Ansökningshandlingarna
ska skickas in före den 15 februari 2023
och gäller skrivföret under tiden 31 maj 2021-31 maj 2022

Ansökan om bidrag för enskild person under 30 år

Sökandens (personen med funktionsnedsättning) fullständiga namn		Personnummer																					
Namn Namnsönn		870906-XXXX																					
Civilstatus																							
Ettansamblerade																							
Antal hemmerande barn/systrar																							
Bostadsadress		Postnummer	Ort																				
Sökgången XX		132 XX	Stadler																				
Telefon		E-postadress																					
070 - XXX XX XX		namn.namnsönn@XX.XX																					
Funktionsnedsättning (skägen)																							
...sällsynta/utmaningarna. Inledig (statistisk) funktionsnedsättning																							
Förklaras/vårdskickarnas namn (för utredning sökande)																							
Ansökan för vilket bidrag söks (DHS – Endast ett ändamål per sökande)																							
rekreationerna med stöttap																							
Söker, kr	Betalar själv, kr	Totalkostnad, kr																					
25 000 kr	0 kr	25 000 kr																					
Har du gitt bidrag för samma ändamål förr annat gåll? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej																							
Om Ja, ange varifrån och belopp																							
Har du sökt...																							
Bistånd från Föreningsskassen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nej																				
Lambingsbarnskil skenastörrens?		<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nej																				
Har du gitt bidrag förr annat gåll? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej																							
Om Ja, ange varifrån och belopp																							
<p style="text-align: center;">Ansökanen före skatt för inkomster 2019</p> <p style="text-align: center;">Kopla på "Besked Beslut om årlig beskattning" som Skatteverket skickat ut mätte bifogas</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">För sökande över 18 år</th> <th colspan="2">För sökande under 18 år</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sökandens inkomst</td> <td>Sökandens räkna/riska/sambo/ Svälter i köst/förernskap</td> <td>Vårdnadshavare</td> <td>Vårdnadshavarens räkna/riska/sambo</td> </tr> <tr> <td>Kr. 100 200</td> <td>Kr. 0</td> <td>Kr.</td> <td>Kr.</td> </tr> <tr> <td>Barnskötsel</td> <td>Andra tillägg</td> <td>Beskrivning</td> <td>Andra tillägg</td> </tr> <tr> <td>5000 kr</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><small>En fröyg utskrivet av tillärs, kontor, skogymnen, lag psykolog eller lagoped ska bifogas ansökan. Inrygget ska vara aktuellt och ej äldre än ett år, bestyrka funktionsnedsättningen och behovet av ekonomiskt stöd för det sökta ändamålet samt vara undertecknat och innehålla uppgift om telefonnummer till uttillaren.</small></p>				För sökande över 18 år		För sökande under 18 år		Sökandens inkomst	Sökandens räkna/riska/sambo/ Svälter i köst/förernskap	Vårdnadshavare	Vårdnadshavarens räkna/riska/sambo	Kr. 100 200	Kr. 0	Kr.	Kr.	Barnskötsel	Andra tillägg	Beskrivning	Andra tillägg	5000 kr	0		
För sökande över 18 år		För sökande under 18 år																					
Sökandens inkomst	Sökandens räkna/riska/sambo/ Svälter i köst/förernskap	Vårdnadshavare	Vårdnadshavarens räkna/riska/sambo																				
Kr. 100 200	Kr. 0	Kr.	Kr.																				
Barnskötsel	Andra tillägg	Beskrivning	Andra tillägg																				
5000 kr	0																						

1 (2)

Siffrans kan komma att sarrida om ansökan med annan stiftelse. Inkomns ansöknings registeras. Siffrans följer dataskyddsförordningen (GDPR), som innebär att vi måste ha sökandens samtycke till att vi behandlar de lämnade uppgifterna och genom att underteckna ansökan medger Du detta. Vi förvarar uppgift om namn, ålder, adress och om ansökan beviljats eller avsläpits.

Datum	Underskrift		
10/11-2022	<i>Namnsönn</i>		
Den ansökan gills av annan person (t.ex. vårdnadshavare för sökande under 18 år)			
Namn			
Adress	Postnummer	Ort	
Telefon	E-postadress		

2 (2)