

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

1. Du behöver visa vilken inkomst du har, inkomstår 2020. 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

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

<b>Kommunal skattesats</b>	<b>%</b>
Kommunalskatt	xx,xx
Regionskatt	xx,xx
Summa	xx,xx

### Inkomstår 2020

### Resultatet av årlig beskattning enligt beslut 2021-04-01

#### Så här blev din pensionsgrundande inkomst

Pensionsgrundande inkomst av anställning 0

#### Så här blev din årliga beskattning

Fastställd förvärvsinkomst		193 200
Avgår: Grundavdrag	-	X XXX
Beskattningsbar förvärvsinkomst	=	XX XXX
Underskott av kapital		X XXX

#### Så här blev din slutliga skatt

Kommunal inkomstskatt		XX XXX
Begravningsavgift 0,065 %	+	XXX
Public service-avgift	+	XXX
<b>Summa</b>	<b>=</b>	<b>XX XXX</b>
Skattereduktioner		
	=	
	-	X XXX
<b>Summa slutlig skatt</b>	<b>=</b>	<b>XX XXX</b>

### Besked

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

\* Uppges utöver namn och adress vid skriftväxling

Efternamn, Förnamn

SKV 4005 02 sv 00 05

Postadress

831 87 ÖSTERSUND

Skatteupplysningen  
0771-567 567

Mejl via "Kontakta oss" på  
[www.skatteverket.se](http://www.skatteverket.se)

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

Utdraget ser ut så här:



## Utdrag ur beskattningsregistret

Utdrag skapat

ÅÅÅÅ-MM-DD

Person-/Org-/Reg.nr

ÅÅMMDD-XXX

1 (1)

Efternamn, Förnamn

### Inkomstår 2020

#### Så här blev din pensionsgrundande inkomst

Pensionsgrundande inkomst av anställning

0

#### Så här blev din årliga beskattning

Överskott av tjänst

XXX XXX

Fastställd förvärvsinkomst

193 200

Avgår: Grundavdrag

- X XXX

Beskattningsbar förvärvsinkomst

= XX XXX

Underskott av kapital

XXXX

#### Så här blev din slutliga skatt

Kommunal inkomstskatt

XX XXX

Allmän pensionsavgift på inkomst av anställning

+ X XXX

Begravningsavgift

+ XXX

Public service-avgift

+ XXX

Summa

= XX XXX

Summa skattereduktioner

- X XXX

Summa slutlig skatt

= XX XXX

SKV 2982 02 sv 00 01

Postadress

Skatteupplysningen  
0771-667 667

Mejl via "Kontakta oss" på  
[www.skatteverket.se](http://www.skatteverket.se)

## 2. Du måste också skicka med ett intyg.

### *Intyget måste*

- skrivs 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	<b>INTYG</b>
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.

#### Stiftelsen Sunnerdahls Handikappfond

Hägerstensvägen 253  
129 35 Hägersten

Ansökningshandlingarna

ska skickas in **före den 15 februari 2022**

och gäller aktiviteter under tiden 31 maj 2022-31 maj 2023

**OBS! Läs först Riktlinjer**

för bidrag till enskilda

#### Ansökan om bidrag för enskild person under 30 år

Sökandens (personen med funktionsnedsättning) fullständiga namn Namn Namnsson		Personnummer 2000-1X-1X-XXXX	
Civilstatus Ensamstående			
Antal hemmavarande barn/syskon 0			
Bostadsadress Vägvägen X		Postnummer 135 XX	Ort Staden
Telefon 070-XXX XX XX		E-postadress namn.namnsson@XX.XXX	
Funktionsnedsättning (diagnos) Autismspektrumsvårighet och lindrig intellektuell funktionsnedsättning			
Föräldrarnas/vårdnadshavarnas namn (för omyndig sökande)			
Ändamål för vilket bidrag söks (OBS – Endast ett ändamål per sökande) Rekreativresa med sällskap			
Söker, kr 25 000	Betalar själv, kr 0	Totalkostnad, kr 25 000	
Har du <b>fått</b> bidrag för samma ändamål från annat håll? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej Om Ja, ange varifrån och belopp			
Har du sökt...			
Bilstöd från Försäkringskassan?		<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nej
Landstingsbetald klimatvårdsresa?		<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nej
Har du <b>sökt</b> bidrag från annat håll? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nej Om Ja, ange varifrån och belopp			
<b>Årsinkomst före skatt för inkomstår 2020</b>			
<b>Kopia på "Besked Beslut om årlig beskattning" som Skatteverket sänder ut måste bifogas</b>			
För sökande över 18 år		För sökande under 18 år	
Sökandens inkomst	Sökandens make/maka/sambo/ förälder i hushållsgemenskap	Vårdnadshavare	Vårdnadshavarens make/maka/sambo
Kr.193 200	Kr.	Kr.	Kr.
Bankmedel 5000	Andra tillgångar	Bankmedel	Andra tillgångar
Ett intyg utskrivet av läkare, kurator, sjukgymnast, leg psykolog eller logoped ska bifogas ansökan. Intyget ska vara daterat 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 utfärdaren.			

Stiftelsen kan komma att samråda om ansökan med annan stiftelse. Inkomna ansökningar registreras. Stiftelsen följer dataskyddsförordningen GDPR som innebär att vi måste ha sökandens samtycke till att få behandla de lämnade uppgifterna och genom att underteckna ansökan medger Du detta. Vi förvarar uppgift om namn, ålder, adress och om ansökan beviljats eller avslagits.

Datum 1/11 2021	Underskrift <i>Namn Namnsveer</i>	
Om ansökan görs av annan person (t.ex. vårdnadshavare för sökande under 18 år) Namn		
Adress	Postnummer	Ort
Telefon	E-postadress	