

## Här kan du se ett exempel på en godkänd ansökan med bilagor till Stiftelsen Sunnerdahls Handikappfond.

### 1. Du måste skicka med ett intyg.

#### *Intyget måste*

- skrivas av en läkare, kurator, sjukgymnast, psykolog, logoped eller annan legitimerad yrkesgrupp som känner till din funktionsnedsättning.
- 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.
- 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 Namn Namnsson
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 intyggar behovet av fondmedel till NN för att köpa exempelvis en mobiltelefon eller en rekreationsresa med medföljande sällskap.

Intygas

Underskrift

Läka Läksson

Docent, Överläkare

Specialist

Tfn 070-XXX XX XX

**2. Du behöver visa vilken inkomst du har på ditt senaste deklarerade inkomstår. Det är "Fastställd förvärvsinkomst" på Skatteverkets besked som visar din inkomst.**

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

## Skatteverket

831 87 ÖSTERSUND

Skatteupplysningen 0771-567 567

## 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

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

### Inkomstår 20XX

### Resultatet av årlig beskattning enligt beslut 20XX-04-01

#### Så här blev din pensionsgrundande inkomst

Pensionsgrundande inkomst avanställning 0

#### Så här blev din årliga beskattning

Fastställd förvärvsinkomst	210000
Avgår: Grundavdrag	XXXX
Beskattningsbar förvärvsinkomst	XX XXX
Underskott av kapital	XXXX

#### Så här blev din slutliga skatt

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

Skattereduktioner

XXXX

**Summa slutlig skatt** = **XX XXX**

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

Utdraget ser ut så här:

1 (1)

## Skatteverket

### Utdrag ur beskattningsregistret

Utdrag skapat

Person-/Org-/Reg.nr

AAAÅ-MM-DD

ÅAMMDD-XXX

Efternamn, Förnamn

## Inkomstår 20XX

### Så här blev din pensionsgrundande inkomst

Pensionsgrundande inkomst av anställning

0

### Så här blev din årliga beskattning

överskott av tjänst

XXX XXX

Fastställd förvärsinkomst

210 000

Avgår: Grundavdrag

XXXX

Beskattningsbar förvärsinkomst

XXX.XX

Underskott av kapital

X.XXX

### Så här blev din slutliga skatt

Kommunal inkomstskatt

XXX.XX

Allmän pensionsavgift på inkomst av anställning

+ XX.XX

Begravningsavgift

+ XXX

Public service-avgift

+ XXX

Summa

= XXXXX

Summa skattereduktioner

XX.XX

Summa slutlig skatt

= XXXXX

### 3. Du behöver slutligen ha en underskriven ansökan.

#### Stiftelsen Sunnerdahls Handikappfond

Backsippevägen 8 A  
135 62 Tyresö

Ansökningshandlingarna

ska skickas in **före den 15 februari**

och gäller aktiviteter under tiden 31 maj 2023-31 maj

**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 1999-1X-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.se	
Funktionsnedsättning (diagnos) Autismspektrumsvandrom och lindrig intellektuell funktionsnedsättning			
Föräldrarnas/vårdnadshavarnas namn (för omyndig sökande)			
Ändamål för vilket bidrag söks (OBS – Endast ett ändamål per sökande) Rekreatiönsresa med sällskap			
Söker, kr 25 000 kr		Betalar själv, kr 0 kr	Totalkostnad, kr 25 000 kr
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 Klimatvårdsresa betald av Regionen? <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 2021</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.210 000	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 12/11-XX	Underskrift <i>Namn Namnsson</i>		
Om ansökan görs av annan person (t.ex. vårdnadshavare för sökande under 18 år) Namn			
Adress		Postnummer	Ort
Telefon		E-postadress	