BIDRAGSANSÖKAN TILL AV APOTEKARSOCIETETEN FÖRVALTADE STIFTELSER FÖR EKONOMISKT BEHÖVANDE

Med efterlevande avses änka, änkeman, sambo, barn och adoptivbarn.

VAR VÄNLIG TEXTA!

Sökt stiftelse (se bilaga):

Förnamn: Efternamn:

Yrke/titel:

Postadress:

Postnr: Ort:

Telefon (dagtid): Mobiltelefon:

E-post:

Födelsedatum:

Jag är:  Farmacevt  Efterlevande till \*Farmacevt

 Farmacevt med anknytning till  Efterlevande till \*Farmacevt, med

Apoteksväsendet anknytning till Apoteksväsendet

 Efterlevande till tidigare

 Farmacevt, tidigare medlem i \*Apoteksinnehavare

Farmacevternas Sjukkassa  Efterlevande till tidigare Apotekaranställd

tidigare \*anställd på Apotek vid

pensionering eller frånfälle

\*Namn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Punkterna 1-9 ska avse innevarande år. Punkterna 1-4 anges i kronor/år.**

1) Uppbär du pension, livränta eller understöd?  Ja  Nej

I så fall till vilka belopp? Allmän pension och tjänstepension:

Privat pension och livränta:

Hyresbidrag:

Andra bidrag, ersättningar:

2) Har du inkomst av tjänst eller annan förvärvsinkomst?  Ja  Nej

I så fall till vilka belopp? Lön:

Förmåner:

Sjukpenning:

Kostnadsersättningar:

(vad avser de: )

Annan inkomst:

*Forts. nästa sida* →

3) Har du inkomst/underskott av kapital?  Ja  Nej

I så fall till vilka belopp? Ränteinkomster, utdelningar:

Kapitalvinst

Uthyrning av privatbostad:

Andra inkomster:

Ränteutgifter:

Kapitalförlust:

4) Har du några naturaförmåner såsom fri bostad etc.?  Ja  Nej

Typ av förmån:

5) Till vilket belopp uppgår ditt aktuella kapital? Aktier: kr

Banktillgodohavande innevarande år: kr

Banktillgodohavande föregående år: kr

Bostadsrätt/fastighet (förmögenh.värde). krÖvriga tillgångar. kr

Namn (vänligen repetera):

6) Till vilket belopp uppgår dina aktuella skulder? kr

(Vänligen specificera skulderna i bilaga)

7) Är du intagen på pensionärs- eller sjukhem eller annan  Ja,

vårdinrättning och i så fall var?  Nej

8) Hur många barn har du försörjningsplikt för samt hur gamla är de?

9) Har något eller några av dina barn under 21 år egen inkomst kr/år

och i så fall hur stor?

10) Totalt sökt belopp? kr

11) Till vilket ändamål söker du understöd?

(Var vänlig bifoga kvitton avseende redan betalda kostnader. För kommande tandvårdskostnader bifogas offert)

12) Motivering till din ansökan:

Härmed intygar jag att ovanstående uppgifter är sanningsenliga.

*Ort: Datum: Signatur:*

Utbetalning av ev. beviljat understöd. Understödet insättes på mitt konto:

Bank:

Clearingnummer: Kontonummer:

Riktigheten av ovanstående uppgifter bevittnas:

Namn:

Adress

Telefon:

Vänligen skicka formuläret till Apotekarsocieteten,

”Apotekarsocietetens Kommitté för Understödstiftelser”,

Box 1136, 111 81 Stockholm

senast den 31 mars 2025.

OBSERVERA! PERSONBEVIS OCH KOPIA AV SENASTE SKATTESEDEL MÅSTE BIFOGAS FÖR ATT DIN ANSÖKAN SKA BEAKTAS.

*­­­­­­­­­*