

**APOTEKER GUSTAV HOLST OG HUSTRU ALBERTA HOLSTS LEGAT****SØKNAD OM ØKONOMISK STØNAD**

§1” Legatets disponible avkastning skal tildeles ubemidlede kreftsyke, hjemmehørende i Bergen eller tidligere Hordaland, i porsjoner som legatstyret finner formålstjenlig og passende. Hensikten med tildelingen er å gi støtte til personer som er blitt økonomisk vanskeligstilt som følge av kreftsykdom. For pasienter som etter endt behandling sannsynligvis er helbredet for sin kreftsykdom, bortfaller retten til å søke om støtte.”

**Vedlegges søknad:**

- Ligningsutskrift fra søker og evt. ektefelle/samboer
- Lønsslipp/dokumentasjon av inntekt fra søker og evt. ektefelle/samboer
- Foreldre/foresatte må søke for personer under 18 år. Vedlegges foreldre/foresatte sin ligningsutskrift og dokumentasjon av inntekt.
- Skjemaet må påføres attestasjon fra lege.

**Søknaden må være fullstendig utfylt på begge sider.**

Navn: .....

F og pers.nr .....

Adresse: ..... Postnummer/sted: .....

Telefonnummer: ..... Kommune: .....

Sivilstatus: Ugift ( ) Gift ( ) Samboer ( ) Skilt/separert ( ) Enke/-mann ( )

Antall barn å forsørge (alder): .....

Antall husstandsmedlemmer .....

Foresattes navn (når pasienten er barn): .....

Når ble du kreftsyk?.....Hvor har du vært behandlet?

.....

Har du hatt kontakt med sosionom i sykehus? .....

Sosionomens og sykehusets navn: .....

Gi en begrunnelse for søknaden:

.....

.....

.....

.....

**INNTEKT OG UTGIFTER PR. MÅNED:**

Har sykdommen ført til økte utgifter og/eller reduserte inntekter? Spesifiser nedenfor:

.....  
.....  
.....

Egen netto lønnsinntekt/stønad etter skatt pr måned for søker: .....

Ektefelle/samboers netto inntekt/stønad etter skatt pr. måned: .....

Barnetrygd: ..... Barnebidrag: ..... Kontantstøtte: .....

Bostøtte: .....

Annen type inntekt/ stønad: .....

Bankinnskudd: .....

Boutgifter: ..... Strøm: .....Kommunale avgifter: .....

Barnepass (Barnehage/ SFO): .....

Gjeld: .....

**Søkers bankkontonummer (evt. foresattes): ..... (11 siffer)**

**Sted/dato: ..... Søkers underskrift: .....**

**Attestasjon fra lege** (diagnose og diagnosetidspunkt, aktuell behandling):

.....  
.....  
.....

Sted/ dato .....Underskrift lege.....

Søknaden sendes:

Helse Bergen, Seksjon for sosionomtenester, Postboks 1400, 5021 Bergen

**Søknadsfrist: 15.05.2025**