

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/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(dagmamma/ 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- se: www.helse-bergen.no/avdelinger/kreftbehandling-og-medisinsk-fysikk#legat