

**BIDRAGSANSÖKAN TILL AV APOTEKARSOCIETETEN FÖRVALTADE STIFTELSE
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:

Farmaceut

Farmaceut med anknytning till
Apoteksväsendet

Farmaceut, tidigare medlem i
Farmaceuternas Sjukförsäkring

Efterlevande till *Farmaceut

Efterlevande till *Farmaceut, med
anknytning till Apoteksväsendet

Efterlevande till tidigare
*Apoteksinnehavare

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: _____

Hysesbidrag: _____

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: _____)

Annat 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). _____ kr

Övriga 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
vårdinrättning och i så fall var?

Ja, _____

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 bevitnas:

Namn: _____

Adress _____

Telefon: _____

**Vänligen skicka formuläret till Apotekarsocieteten, ”Apotekarsocieteten Kommitte för Understödstiftelser”,
Box 1136, 111 81 Stockholm senast den 31 Mars 2021. OBSERVERA! PERSONBEVIS OCH KOPIA AV
SENASTE SKATTESEDEL MÅSTE BIFOGAS FÖR ATT DIN ANSÖKAN SKA BEAKTAS.**