

Ansökan till Stiftelsen Nils och Karin Brunius fond

Stiftelsens ändamål är att ekonomiskt bistå behövande¹, gamla eller sjuka farmaceuter samt efterlevande till dessa (änka/änkling, efterlevande sambo och barn).

¹ Enligt Skatteverkets riktlinjer anses normalt en person som ekonomiskt behövande om den sammantagna inkomsten under föregående år understiger fyra basbelopp och förmögenheten understiger ett prisbasbelopp. Tillägg får göras med ett prisbasbelopp per person för inkomst respektive förmögenhet för hemmavarande barn, make, sambo eller någon annan i hushållsgemenskapen. Dessa personers inkomster och förmögenhet ska också beaktas. Ett prisbasbelopp är 2023: 53.500:-.

Namn:	Personnummer:
Adress:	Telefonnummer:
E-postadress:	

Jag är: farmaceut Efterlevande till farmaceut*

*Namn på farmaceut:

Utbetalning av eventuellt beviljade medel insättes på mitt konto:

Bank:	Clearingnummer:
Kontonummer:	

Punkterna 1-9 ska avse innevarande år.

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

Om ja, till vilka belopp i kronor/år?

Allmän pension och tjänstepension:	Privat pension och livränta:
Hyresbidrag:	Andra bidrag, ersättningar:

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

Om ja, till vilka belopp i kronor/år?

Lön:	Förmåner:
Sjukpenning:	Kostnadsersättningar: (ange vad som avses)
Annan inkomst:	

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

Om ja, till vilka belopp?

Ränteinkomster, utdelningar:	Kapitalvinst:
Andra inkomster:	Ränteutgifter:
Kapitalförlust:	

Sida 3 (4)

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

Typ av förmån:

5) Till vilket belopp uppgår din aktuella förmögenhet? (ange i kr)

Aktie-/fondinnehav:	Banktillgodohavande:
Värde bostadsrätt/fastighet:	Övriga tillgångar:

6) Till vilket belopp uppgår dina aktuella skulder? (ange i kr) _____
Vänligen specificera skulderna i bilaga

7) Är du intagen på pensionärs-, sjukhem eller annan vårdinrättning? Ja, Nej

Om ja, var?

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

9) Har något eller några av dina hemmavarande barn, eller maka/make, sambo eller någon annan i hushållsgemenskapen egen inkomst? Ja, Nej

Om ja, hur stor? (ange i kr/år)

9) Ange sammanlagd förmögenhet för dina hemmavarande barn, maka/make/sambo och andra i hushållsgemenskapen: _____ kr

Sida 4 (4)

10) Totalt sökt belopp: _____ kr

11) Ange varför du söker bidrag och vad det ska användas till

Härmed intygar jag att ovanstående uppgifter är sanningsenliga.

Datum:	Namnunderskrift:
---------------	-------------------------

OBS! Till ansökan ska bifogas inkomstuppgifter för 2022 (utdrag från Skatteverket) samt familjebevis. Dessa dokument skriver du ut från Skatteverkets hemsida.

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

*Ansökan skickas in per post till Stiftelsen Sveriges Farmaceutiska Sällskap, Att: Therese Haltiner, Box: 3215, 103 64 Stockholm **oss senast tillhanda den 29 maj 2023.***