

Stödfondens anteckningar

Nummer: _____ Bifall: _____ Avslag: _____

ANSÖKAN OM BIDRAG UR POSITHIVA GRUPPENS STÖDFOND

Namn: _____

Adress: _____

Telefon: _____ Mailadress: _____

Födelseår: _____

Ansökt belopp: _____ Bank: _____

Clearingnummer: _____ Kontonummer: _____

Ansökan avser: _____

Om du sökt för samma ändamål ur andra fonder och/eller hos socialnämnden, ange var, när och ev. beviljat belopp:

Kort beskrivning av din situation och ditt allmänna hälsotillstånd:

Jag är msm (man som har sex med män)

Jag är heterosexuell

EKONOMISK REDOGÖRELSE

INKOMSTER EFTER SKATT PER MÅNAD:

Besöks- och postadress:
Östermalmsgatan 5
114 24 Stockholm

Telefon:
08-720 19 60

E-post/hemsida:
stodfonden@posithivagruppen.se
www.posithivagruppen.se/stodfonden

Org. nummer:
802459-8057

Skänk ett bidrag!
Bankgiro: 5678-0596
Swish: 123 074 63 47

Lön: _____
Arbetslöshetsersättning: _____
Pension/sjukbidrag: _____
Hyresbidrag: _____
Andra bidrag: _____
Övriga inkomster: _____
SUMMA INKOMSTER: _____

UTGIFTER PER MÅNAD:

Hyra: _____
Bostadslån, ränta, övriga lån: _____
Mat och hygien: _____
Hushållsel: _____
TV, tidning, telefon, internet: _____
Hemförsäkring, fackavgift: _____
Lokalresor: _____
Läkare, tandläkare, medicin: _____
Övriga utgifter: _____
SUMMA UTGIFTER: _____
Tillgångar, kapital, fastighet etc: _____

Komplettera din ansökan med intyg eller referens från läkare/kurator!

Eventuell referent: _____

Ort och datum: _____

Underskrift: _____

Stödfonden är en egen organisation, skild från Posithiva Gruppen. Samtliga styrelsemedlemmar i Stödfonden lever själva med hiv.