

# MARGARETA-STIFTELSEN

En stiftelse för dig som har missbruksproblem

## ANSÖKAN om MEDEL för vård & behandling mot missbruk gäller endast boende i Stockholms stad.

Inkomster och utgifter skall styrkas med kopior

Sökandens person-uppgifter	Efternamn och tilltalsnamn			Personnummer
	Civilstånd	Yrke	Pensionär/ förtidspensionär	Ange före detta yrke
Medsökande	Efternamn och tilltalsnamn		Yrke/ före detta yrke	Personnummer
Hemmavara- rande barn (utan egen inkomst)	Personnummer	Personnummer	Personnummer	

Bostad	Bostadsadress			
	Postnummer	Postadress	Telefon bostaden	Telefon arbetet
	Antal rum	Boendeförhållanden <input type="checkbox"/> Ensamboende <input type="checkbox"/> Sammanboende	Hyra/ enl. hyresavi	Ink. Av uthyrn. rum/ mån

Förmögenhet/ tillgångar (uppge belopp/ värde)	<input type="checkbox"/> Saknas	Fastighet/ Bostadsrätt	Bankmedel/ Värdepapper	Fritidshus	Bil/ båt
	Övriga tillgångar				

Skulder	Ange typ av skuld och belopp	
	Amotering (inkl. ränta) per månad	

Ändamål, Motivering (Fri beskrivning av den aktuella situa- tionen)	
---------------------------------------------------------------------------------	--

Postadress  
Margareta-stiftelsen  
Box 240 93  
104 51 Stockholm

Bankgiro  
5511-3013

margaretastiftelsen@hotmail.se

INKOMSTER/ MÅNAD	SÖKANDE		MEDSÖKANDE		IFYLLES AV	
	Före skatt	Efter skatt	Före skatt	Efter skatt		
Lön						
Pension (inkl. pensionstillskott, ATP och bostadstillägg).						
Övrig inkomst ( t.ex. annan						
Vårdbidrag (exkl. omkostnader).						
Sjukpenning/ föräldrapenning						
Arbetslöshetskassa/ KAS						
Utbildningsbidrag						
Studiemedel (lån + bidrag).	SÖKANDE		MEDSÖKANDE			
Barnbidrag/ studiebidrag						
Underhållsbidrag/ -stöd						
Bostadsbidrag						
Socialbidrag						
Summa inkomster						

UTGIFTER/ MÅNAD	SÖKANDE	MEDSÖKANDE	F-NORM
Avgift barnomsorg/ hemservice			
Fackföreningsavgift			
Underhållsbidrag			

Övriga upplysningar som kan vara av vikt för utredningen

Försäkran och underskrift

Jag försäkrar att de upplysningar som jag lämnat är sanningsenliga och fullständiga. Jag medger insyn i mina ekonomiska förhållanden hos sociala myndigheter, föräkringskassan och samarbetande fonder.

Datum	Sökandens underskrift	Datum	Medsökandens underskrift
-------	-----------------------	-------	--------------------------

**VID BIFALL**  
utbetalas till vårdgivare, ej till privatpersoner

**BESLUTET**  
går ej att överklaga

<b>ANSÖKAN INSÄNDES TILL</b>  Margareta-stiftelsen Box 240 93 104 51 Stockholm	<b>OBS! Till ansökan bifogas kopia/ or av :</b>  - Personbevis - Senaste årets slutliga skattedel - Utgifter som lämnats på denna ansökan
--------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------