

ANSÖKAN till
**Stiftelsen Pensionsinrättningen för ålderstigne eller
 sjukliga tjänare**

Danske Bank Stiftelsetjänst, Box 1 1 1 44, 404 23 Göteborg

Samtliga uppgifter nedan ska fyllas i.
 Ansökan innehållande oriktiga uppgifter, kommer inte att behandlas.

Personuppgifter (var god texta)

<i>Namn</i>	<i>Personnr</i>
<i>Adress</i>	<i>Tel nr</i>
<i>Postnr Ort</i>	<i>E-postadress</i>
<i>Clearingnr, Bankkonto</i>	<i>Bank</i>
<i>Bosatt i Göteborg, tiden och antal år</i>	<i>Civilstånd</i> <i>Gift/sambo</i> <input type="checkbox"/> <i>ensamstående</i> <input type="checkbox"/>
<i>Ålderspensionär</i> <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	

BIFOGA KOPIA PÅ:

Personbevis

Beslut från Försäkringskassan om
 Ej begränsad sjukersättning
 (sjukpensionär)

Sökande - kopia av slutskattebesked taxerad årsinkomst _____kr

Make/sambo - kopia av slutskattebesked taxerad årsinkomst _____kr

Pensionsavi Handikappsättning Ekonomiskt bistånd

Bostadsbidrag Hyresavi Annan pension ex: AMF,
 SPP, AFA, pensionsförsäkr

Läkarintyg i förekommande fall

ANSÖKAN till
**Stiftelsen Pensionsinrättningen för ålderstigne eller
 sjuklige tjänare**

Danske Bank Stiftelsetjänst, Box 1 1 1 44, 404 23 Göteborg

VÅRD AV ANHÖRIG på heltid i gemensam bostad

<i>Namn</i>	<i>Personnr</i>
<i>Adress där vården utfördes</i>	<i>Släktskap</i>

Under vilken tid har vården skett _____

Intyg bifogas om vårdbehovet

ANSTÄLLD I FAMILJ - Bifogar kopia av betyg eller anställningsintyg

Arbetsgivare

Anställningstid

VÅRDANDE YRKE - Bifoga kopia av betyg eller anställningsintyg

Arbetsgivare

Anställningstid

ANSÖKAN till
**Stiftelsen Pensionsinrättningen för ålderstigne eller
 sjuklige tjänare**

Danske Bank Stiftelsetjänst, Box 1 1 1 44, 404 23 Göteborg

Anledning till att senaste anställningen upphörde

Arbetat intill pension

JA

NEJ

Om orsak är sjukdom - bifoga sjukintyg

Om nej, varför avslutades tjänstgöringen _____

MÅNATLIGA INKOMSTER per månad efter skatt **MAKA** **MAKE**

1	Lön, Pension, A-Kassa, Sjukpenning, etc	+		+	
2	Underhållsstöd	+		+	
3	Handikappersättning	+		+	
4	Bostadstillägg/Bidrag	+		+	
5	Försörjningsstöd socialen	+		+	
	SUMMA	=		=	
6	Hyra Service- eller sjukhems avgift	-		-	
7	Andra fördyrande omkostnader, vänligen skriv nedan				
		-		-	
	ÅTERSTÅR PER MÅNAD	=		=	

TILLGÅNGAR /SKULDER

8	Bankmedel		
9	Aktier, fondsparande, obligationer mm		
10	Fastighet (tax. värde)		
11	LÅN och Kortsulder		

ANSÖKAN till

Stiftelsen Pensionsinrättningen för ålderstigne eller sjuklige tjänare

Danske Bank Stiftelsetjänst, Box 1 1 1 44, 404 23 Göteborg

Övriga upplysningar:

Underskrift

Jag försäkrar på heder och samvete att lämnade uppgifter är riktiga och medger att mina uppgifter får databehandlas. (SFS 1998:204). Styrelsens beslut går ej att överklaga.

Ort / Datum

Namnteckning

Utredning / Beslut (ifylles av styrelsen)

<input type="checkbox"/> Beviljas, kronor _____	<input type="checkbox"/> Avslag