

Stiftelsen Pensionsinrättningen för ålderstigne eller sjuklige tjänare i Göteborg (SPI)

stiftelsesupport.goteborg@seb.se Tel: 031 62 25 16 tisdag kl 13-15 Org.nr. 857202-9786

Samtliga uppgifter nedan ska fyllas i.

Ansökan innehållande oriktiga uppgifter, kommer inte att behandlas.

Personuppgifter (var god texta)

Namn	Personnr
Adress	Tel nr
Postnr Ort	E-postadress
Clearingnr, Bankkonto	Bank
Bosatt i Göteborg, tiden och antal år	Civilstånd Gift/sambo ☐ ensamstående ☐
Ålderspensionär ☐ JA ☐ NEJ	

BIFOGA KOPIA PÅ:

- ☐ Personbevis
- ☐ Beslut från Försäkringskassan om Ej begränsad sjukersättning. (sjukpensionär)
- ☐ Tjänstgöringsintyg

☐ Sökande - kopia av slutskattebesked	taxerad årsinkomst _____kr	
☐ Make/sambo - kopia av slutskattebesked	taxerad årsinkomst _____kr	
☐ Pensionsavi	☐ Handikappersättning	☐ Ekonomiskt bistånd
☐ Bostadsbidrag	☐ Hyresavi	☐ Annan pension ex: AMF, SPP , AFA,pensionsförsäkr
☐ Läkarintyg i förekommande fall		
☐ Jag bor i bostadsrättsföreningen (namn): _____		
andel _____	☐ Jag bor i hyreslägenhet	☐ Jag bor i egen fastighet

Stiftelsen Pensionsinrättningen
för ålderstigne eller sjuklige tjänare i Göteborg

stiftelsesupport.goteborg@seb.se Tel: 031 62 25 16 tisdag kl 13-15 Org.nr. 857202-9786

VÅRD AV ANHÖRIG minst 15 år på heltid i gemensam bostad

Namn	Personnr
Adress där vården utfördes	Släktskap

Under vilken tid har vården skett _____

☐ Intyg bifogas om vårdbehovet

ANSTÄLLD I FAMILJ - Bifogar kopia av betyg eller anställningsintyg

Arbetsgivare	Anställningstid	
_____	_____	☐
_____	_____	☐
_____	_____	☐
_____	_____	☐

VÅRDANDE YRKE minst 15 år - Bifoga kopia av tjänstegöringsintyg

Arbetsgivare	Anställningstid	Heltid	Deltid
_____	_____	☐	☐
_____	_____	☐	☐
_____	_____	☐	☐
_____	_____	☐	☐
_____	_____	☐	☐

Stiftelsen Pensionsinrättningen för ålderstigne eller sjuklige tjänare i Göteborg

stiftelsesupport.goteborg@seb.se Tel: 031 62 25 16 tisdag kl 13-15 Org.nr. 857202-9786

Anledning till att senaste anställningen upphörde

Arbetat intill pension

JA

☐

NEJ

☐

Om orsak är sjukdom - bifoga sjukintyg

Om nej, varför avslutades tjänstgöringen _

NUVARANDE 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 övriga skulder		

Stiftelsen Pensionsintättningen för ålderstigne eller sjuklige tjänare i Göteborg

<https://stiftelsenpensionsinrattningen.se> SEB Stiftelser, GÖH 420, 405 04 Göteborg
stiftelsesupport.goteborg@seb.se Tel: 031 62 25 16 tisdag kl 13-15 Org.nr. 857202-9786

Övriga upplysningar:

UNDERSKRIFT

Härmed samtycker jag till att: **Stiftelsen Pensionsinrättningen för ålderstigen eller sjuklige tjänare i Göteborg**, behandlar mina personuppgifter enligt gällande GDPR-lagstiftning.

Mer information om SPI:s behandling av dina personuppgifter och dina rättigheter finner du på vår hemsida <https://stiftelsenpensionsinrattningen.se>

Vidare intygar jag att de av mig ovan lämnade uppgifterna är sanningsenliga.

Styrelsens beslut går ej att överklaga.

Ort / Datum

Namnteckning

Stiftelsen har begränsade möjligheter att svara på frågor, om beslut eller hantering av ansökningar. Enskilda ansökningar och bilagor returneras ej.

Beviljat bidrag inklusive information och ev. kompletteringar meddelas sökanden.

Jag har fått uppgifter om stiftelsen genom:

☐

Hemsida

☐

Annons i GP

☐

Annons i stadsdelstidningar

☐

Annat: _____