

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

Danske Bank Stiftelsetjänst, Box 1 10 55, 404 22 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"/> <i>JA</i> <input type="checkbox"/> <i>NEJ</i>	

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 *Handikappersättning* *Ekonomiskt bistånd*

Bostadsbidrag *Hysesavi* *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*

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

Danske Bank Stiftelsetjänst, Box 1 10 55, 404 22 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 10 55, 404 22 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 10 55, 404 22 Göteborg

Övriga upplysningar:

Underskrift

Härmed samtycker jag till att *Stiftelsen Pensionsinrättningen för ålderstigen eller sjuklige tjänare* ("Stiftelsen") behandlar mina personuppgifter, inklusive känsliga sådana, som jag lämnat i ansökan för att kunna bedöma om jag är berättigad till anslag från Stiftelsen eller inte.

Mer information om Stiftelsens behandling av dina personuppgifter och dina rättigheter hittar du på vår hemsida www.stiftelsenpensionsinrattningen.se

Vidare intygar jag att de av mig ovan lämnade uppgifterna är korrekta.
Styrelsens beslut går ej att överklaga.

Ort / Datum

Namnsteckning

Jag har fått uppgifter om stiftelsen genom:

- Hemsida
- Annons i GP
- Annons i stadsdelstidningar
- Annons i Metro
- Annat: _____