

Ansökan om medel ur EB-fonden

Ändamål/beskrivning: _____

(Fortsätt skriv på baksidan om du inte får plats eller bifoga separat brev.)

Sökandes namn: _____

Adress: _____

Postadress: _____

Telefonnummer: _____

E-post: _____

Bank: _____

Kontonummer: _____

Ringa in vilket/vilka ändamål som ansökan gäller:

- Kurser, läger
- Resor till läger eller liknande
- Material/hjälpmedel
- Behandlingar
- Övrigt

Ort	Datum	Underskrift
_____	_____	_____

(Om den sökande är under 18 år ska vårdnadshavare skriva under.)

Ansökan skickas till:

Iwona Höglund
Älvgärde 163
740 10 Almunge
iwona.hoglund@gmail.com

Bifogade dokument (ringa in)

- Personligt brev
- Läkarintyg
- Dokument på prisuppgift
- Anmälningens bekräftelse
- Annat: _____

EB-föreningens noteringar

Beslutsdatum	Beviljas ja/nej	Underskrift ordförande
_____	_____	_____

Ev. motivering: _____

Villkor för ansökan ur EB-fonden:

- Medlemskap i EB-föreningen.
- Läkarintyg som styrker diagnosen Epidermolysis bullosa (om den ansökande ej är känd av styrelsen sedan tidigare).
- Personligt brev som beskriver din situation samt hur bidraget från EB-fonden skulle kunna underlätta för dig.
- En ansökan vartannat år per person kan beviljas, undantag kan ske.
- Maxbelopp 5 000 kr.
- Ansökan kan ej göras i efterhand för redan inköpta saker, finns särskilda skäl så anges detta i ansökan så prövar styrelsen frågan.
- Ansökningar som i första hand ska/kan bekostas av kommun eller landsting måste prövas där först. Vid avslag kan ansökan göras ur EB-fonden, avslaget ska då bifogas ansökan.
- Beslut tas på nästföljande styrelsemöte efter mottagen ansökan. Styrelsemöten hålls med ungefär 1 månads mellanrum förutom sommaruppehåll i juni och juli samt juluppehåll i december.
- Styrelsemedlem som söker får ej delta i mötespunkten gällande beslutet.
- Styrelsemedlem vars närstående söker får ej delta i mötespunkten gällande beslutet.
- När en ansökan är behandlad skickas beslutet till den person som står som sökande i ansökan.