

Ansökan om bidrag från stiftelsen  
**KUNGAFONDEN**  
Med folket för fosterlandet

Den här blanketten kan du fylla i direkt på din dator. Vi rekommenderar att du sparar ned filen på datorn innan du fyller i den. Därefter behöver du skriva ut och underteckna den för hand, och posta den till Kungafonden, för att vi ska kunna behandla din ansökan! Adressuppgifter hittar du på sidan 2. Har du frågor är du välkommen att ringa Kungafondens kansli på telefon 08 - 700 08 73. Komplettera gärna på ett separat papper om utrymmena på blanketten inte räcker till.

▶ Har den sökande tidigare ansökt om bidrag från Kungafonden? Ja  Nej

▶ **Den skadade (sjuke, avlidne)**

Efternamn och eventuellt tidigare efternamn			Samtliga förnamn, skriv tilltalsnamnet först			Personnummer (10 siffror)		
Tjänstgöringstid from	tom	Förband/myndighet/organisation där skadan inträffade			Typ av anställning/tjänstgöring när skadan inträffade			
år	månad	dag	år	månad	dag			
Civil sysselsättning (yrke, studerande, arbetslös)					Nuvarande arbetsgivare, skola/högskola etc			

▶ **Skada eller sjukdom**

Art av skada/sjukdom	Tidpunkt för skada/insjuknande	<b>▶ Avliden</b>	Dödsorsak	Tidpunkt för dödsfallet
----------------------	--------------------------------	------------------	-----------	-------------------------

▶ **Familj/civilstånd**

Ensamst.  Gift  Änka/Änkling  Skild  Sambo  Make/maka/sambo, ålder: .....  Barn, antal: ..... Ålder: .....

▶ **Boende/boendekostnad**

Hyreslägenhet  Inneboende  Hos föräldrar Boendekostnad per månad: .....

Bostadsrättslägenhet  Egen fastighet Taxeringsvärde: ..... Driftskostnad/år:\* .....

Egen fastighet/bostadsrätt belånad till Ränta/år Amortering/år  
..... kr ..... kr ..... kr

\* I driftskostnader inräknas kostnader för el, uppvärmning, vatten/avlopp och sophämtning.

▶ **Ekonomi**

Inkomster	Den sökande		Make/maka/sambo		
	Belopp anges före (brutto) och efter (netto) skatt	Bruttobelopp/månad	Nettobelopp/månad	Bruttobelopp/månad	Nettobelopp/månad
Lön av anställning					
Av egen verksamhet/rörelse					
Studiemedel, utbildningsbidrag					
Livränta					
Pension					
Sjukpenning					
Aktivitets-, sjukersättning					
Annan periodisk ersättning					
Bostadsbidrag					
<b>Underhållsskyldighet</b>	Antal barn: .....		Total underhållskostnad per månad: .....		

**Tillgångar** Bankmedel, kr: ..... Fonder, aktier, obligationer, kr: .....

**Fritidsfastighet** Taxeringsvärde, kr: ..... Belånad till, kr: ..... Månadskostnad, kr: .....

Skulder	Andra lån än lån för bostad och fritidsfastighet	
	Forordningsägare	Belopp

## Utbetalda ersättningar

Utbetalda ersättningar för sveda/värk, lyte/men, skadestånd etc. avseende ideella ersättningar **utöver** ersättningar för kostnader.

Ersättning från myndigheter: .....kr

Ersättning från AFA Försäkring: .....kr

Ersättning från försäkringsbolag: .....kr

## Upplysningar om skadan/sjukdomen

**När bidrag söks för första gången:** Beskriv skadans/sjukdomens uppkomst och dess samband med tjänsten. Bifoga i förekommande fall kopia av skadeanmälan, läkarintyg, sjukjournaler, polisrapport etc.

**När bidrag från Kungafonden beviljats tidigare:** Beskriv aktuellt hälsoläge, förbättringar/försämringar osv.

## Vad ska bidraget användas till?

Om du får bidrag från fonden ange vad du avser att använda pengarna till. Ditt behov bör vara kopplat till skadan/sjukdomen. Bidrag kan även utbetalas för indirekta behov/kostnader uppkomna för skador/sjukdomar av äldre datum. Bifoga i förekommande fall kvitton och verifikationer samt eventuella offerter.

Sökt ändamål:

Sökt belopp:

## Utbetalning av bidrag

Om bidrag beviljas ska det sändas till:

Namn:

Telefon med riktnummer

Bostad:

Adress

Postnummer

Postadress

Arbete:

Mobil:

Bank

Clearingnummer

Kontonummer

## Fullmakt/undertecknande av ansökan

- Jag medger att allmän försäkringskassa eller annan försäkringsinrättning samt läkare och sjukvårdsinrättningar får lämna Kungafonden alla erforderliga uppgifter angående min skada/sjukdom och om mitt hälsotillstånd.
- Jag har även tagit del av bilagd information och samtycker till att personuppgifterna behandlas på angivet sätt. (Se bilaga)

Ort

Datum

Underskrift av den skadade/sjuka eller ombud \*

\* Vid underskrift av ombud var vänlig uppge titel/funktion, namnförtydligande samt adress: .....

## Yttrande/tillstyrkan

Yttrande/tillstyrkan av myndighet/arbetsgivare eller enskild (tex kurator eller läkare) ska **bifogas på separat bilaga**.

Inom Försvarsmakten ska förbandets yttrande bifogas (här nedan eller på bilaga) om den bidragssökande fortfarande har anknytning till förbandet.

**Utrymme för eventuellt yttrande från förbandet** (om den bidragssökande fortfarande har anknytning till Försvarsmakten/förbandet).

Datum: .....

Underskrift: .....

Namnförtydligande: .....

Adress: .....

Telefon: .....

## Ansökan sänds till: Kungafonden, Box 2218, 103 15 Stockholm

Tack för din ansökan. Ju bättre ifyllt den är desto snabbare kan vi behandla den! Vi kontaktar dig om vi har några frågor.