Ansökan - Stiftelsen för patienter vid sjukhuset i Gävle

Ansökningsblanketten är bilaga till rutinen: Stiftelser inom Hälso och Sjukvården – Förvaltade av Region Gävleborg – Rutin – Hälso och sjukvårdsförvaltningen.
Dokument ID: 03-895865

Denna ansökan och bilaga kommer att diarieföras vid Region Gävleborgs diarium. ***Ansökningstid 1 jan – 31 mars 2026***

Namn:_____Personnummer:_____

Gatuadress:_____

Postnummer:_____ Ort:_____

Familjeförhållande, hemmavarande barn: _____

Familjens årsinkomst. *OBS! inga bilagor önskas*

_____

Jag söker pengar från stiftelse för att (*kort motivering)*:_____

_____

_____

Till vilket av nedan ändamål söks pengar från stiftelsen (kryssa för det som ansökan gäller:

- ☐ Eftervård som jag inte har möjlighet att bekosta
- ☐ Inköp av ortopedtekniska hjälpmedel eller andra personliga hjälpmedel på grund av fysisk funktionsnedsättning.
- ☐ Kostnader för konvalescentvård, träning eller rekreationsresor som det ej finns möjlighet att bekosta själv
- ☐ Bidrag för olika hjälpåtgärder för rehabilitering av långtidssjukdom för att bättre kunna vistas i hemmiljö

Önskat belopp _____

Beviljade fondmedel ska sättas in på bankkonto, uppge ditt kontonummer, inklusive clearing nummer, nedan.
Bankkonto nummer:_____

Jag saknar bankkonto: (om du saknar bankkonto kryssa i rutan) ☐

Kriterier för sökande:

- Är patient inom den öppna/slutna vården vid sjukhuset i Gävle
- Har på grund av sjukdomens längd eller på grund av minskad arbetsförmåga orsakad av sjukdomen fått sin ekonomiska ställning försämrad (exempelvis patienten är sjukskriven har sjukersättning eller kan inte arbeta lika som innan sjukdomen)

Jag uppfyller kriterierna för att söka medel från aktuell stiftelse: **Ja** ☐ **Nej** ☐

Kandidat som blir tilldelat medel på felaktiga grunder blir per automatik återbetalningsskyldig.

Observera att vi inte vill ha in journalanteckningar, läkarintyg eller utdrag från skattemyndigheten medskickat i ansökningen, dessa skickas med vändande post tillbaka till sökande!

Kopians giltighet gäller endast utskriftsdatumet

Välkommen med din ansökan mellan 1 jan – 31 mars 2026

Ansökan skickas till:
Region Gävleborg
Jessica Bergström Severin
Ledningsstöd hälso och sjukvård -71-
801 88 Gävle

Region Gävleborg följer dataskyddsförordningen (GDPR), genom att skriva under denna ansökan godkänner jag att mina uppgifter hanteras utifrån denna förordning.
Vid funderingar gällande GDPR kontakta: dataskyddsombud@regiongavleborg.se

Datum:_____ Ort: _____

Underskrift sökande: _____

Namnförtydligande: _____

Stiftelsen för patienter vid sjukhuset i Gävle

Sökande ber själv att få underskrift av sin vårdkontakt

*(Sökande)*_____ uppfyller nedanstående kriterier gällande stiftelsen för patienter vid sjukhuset i Gävle.

- Är patient inom den öppna/slutna vården vid sjukhuset i Gävle.
- Har på grund av sjukdomens längd eller på grund av minskad arbetsförmåga orsakad av sjukdomen fått sin ekonomiska ställning försämrad (exempelvis att patienten är sjukskriven, har sjukersättning eller inte kan arbeta i samma utsträckning som före sjukdom).

Underskrift av hälso och sjukvårdspersonal vid avdelning/mottagning vid sjukhuset i Gävle där patienten vårdats

Datum: _____ avd./mottagning: _____

Yrkeskategori: _____

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Ansökan skickas till:
Region Gävleborg
Jessica Bergström Severin
Ledningsstöd hälso och sjukvård -71-
801 88 Gävle