

Ansökan - Stiftelsen Samfonden för ungdomsvård - Hälso och sjukvården Region Gävleborg

Ansökningsblanketten är bilaga till rutinen: [stiftelsen inom Hälso och Sjukvården – Förvaldade av Region Gävleborg – Rutin – Hälso och Sjukvårdsförvaltningen](#).
Dokument ID: 03–895865

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

Namn: _____ Personnummer: _____

Gatuadress: _____

Postnummer: _____ Ort: _____

Jag söker pengar från stiftelsen för (kort motivering): _____

Till vilket ändamål söks pengar från stiftelsen (Kryssa för det ändamål ansökan gäller):

- ☐ Som stöd till fortsatt utbildning
- ☐ Som stöd till bildande av eget hem*

Önskat belopp: _____

Vid beviljande av fondmedel sätts pengarna in på ditt bankkonto. Uppge kontonummer inklusive clearing nummer:

Clearing nr: _____ kontonummer: _____

- ☐ Jag saknar bankkonto

*Bildande av eget hem: Betyder i detta fall skapande av ett eget hem när du ska flytta hemifrån, du behöver ekonomiskt stöd för exempelvis inköp av möbler, husgeråd, eller andra kostnader som uppkommer i samband med flytt till eget hem. Ej till hyra

Kriterier för att kunna söka från stiftelsen:

- Är eller har varit patient inom Barn och ungdomspsykiatri/ Barn och ungdomssjukvården/Barn och ungdomshabiliteringen
 - Är mellan 15–25 år
- ☐ Jag uppfyller kriterierna för att söka pengar
- ☐ Jag uppfyller inte kriterierna för att söka pengar

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!

Välkommen med din ansökan mellan 1 augusti – 31 oktober 2026

Ansökan skickas till:

Region Gävleborg
Johanna Hedberg
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 Samfonden för ungdomsvård**Sökande ber själv att få underskrift av sin vårdkontakt**

Sökande: _____ uppfyller nedanstående kriteriet:

- Är eller har varit patient inom BUP/BUS/BUH inom Region Gävleborg

Underskrift av hälso och sjukvårdspersonal (vid avdelning/mottagning där sökande är/varit patient)

Datum: _____ avd./mottagning: _____

Yrkeskategori: _____

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet