|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |

Ansökan om bidrag för patient- och funktionsrättsföreningar

|  |  |
| --- | --- |
| Föreningens uppgifter |  |
| Föreningens namn      | Organisationsnummer      |
| Adress      | Bankgiro/postgiro       |
| Postnummer och ort      | Kontaktperson som kan besvara frågor kring ansökan      |
| Telefonnummer till kontaktperson      | E-post till kontaktperson      |

|  |  |
| --- | --- |
| Tillhör riksorganisation:  |       |
| Totalt antal bidragsberättigade medlemmar i länet vid det senaste årsmötet: |
| Lokalföreningar finns i: Alvesta [ ]  Lessebo [ ]  Ljungby [ ]  Markaryd [ ]  Tingsryd [ ]  Uppvidinge [ ]  Växjö [ ]  Älmhult [ ]  |
| Har redovisning av föregående års beviljat bidrag lämnats till Region Kronoberg?Ja [ ]  Nej [ ]  Ej aktuellt [ ]  |

**Bilagor som ska bifogas ansökan om bidrag:**

[ ]  föreningens stadgar

[ ]  verksamhetsberättelse från föregående år

[ ]  balans- och resultaträkning från föregående år

[ ]  preliminär budget för kommande år

[ ]  preliminär verksamhetsplan för kommande år

[ ]  senaste årsmötesprotokollet

[ ]  senaste revisionsberättelsen

[ ]  underlag som intygar att föreningens riksorganisation har beviljats statsbidrag av annan myndighet, exempelvis Socialstyrelsen eller MUCF

**Undertecknande**

|  |
| --- |
| Ansökan undertecknas av föreningens firmatecknare (ordförande/kassör) samt revisor.Att uppgifterna på blanketten och i bifogade bilagor är riktiga intygas:…………………………………………………….. ……………………………………………………….Signatur Datum Signatur Datum………………………….……………………….. …………………………………….………………….Ordförande/kassör namnförtydligande Revisor namnförtydligande |

|  |
| --- |
| **Verksamhets- och medlemsbidrag** |
| Hur avser ni använda beviljat verksamhets- och medlemsbidrag? |
|  |
| Hur anser ni att bidraget kan bidra till att uppnå målen angivna i Riktlinje för bidrag till patient- och funktionsrättsföreningar i Region Kronoberg |
|  |

|  |
| --- |
| MerkostnadsbidragAvser ni ansöka om merkostnadsbidrag ska nedan frågor besvaras. |
| Ange vad ansökan om merkostnadsbidrag avser och inom vilka områden ni har merkostnader. Se ”Riktlinje för bidrag till patient- och funktionsrättsföreningar i Region Kronoberg” för kriterier. Bifoga också eventuella dokument som styrker omkostnaderna:**Personlig service**: **Anpassningsåtgärder i form av särskilt medium**: **Arbetsformer där längre tid krävs**: **Miljöhänsyn i form av särskilda lokaler eller särskild kost**:  |
| Har ni föregående år beviljats merkostnadsbidrag, ange hur detta har använts. Bifoga också dokument eller kvitton som styrker omkostnaderna. |

 **Ansökan för bidrag skickas senast den 30 september till**

E-post: registrator@kronoberg.se

Region Kronoberg

Regionkansliet

Kansliavdelningen

351 88 Växjö

**I de fall ansökan eller bifogade handlingar inte är kompletta kommer ansökan inte att behandlas.**

Vid frågor kontakta Emma Bruto på emma.bruto@kronoberg.se eller 079 067 53 93