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

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 |
|  |

|  |
| --- |
| Merkostnadsbidrag  Avser 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](mailto:mailtoregistrator@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](mailto:emma.bruto@kronoberg.se) eller 079 067 53 93