**År: 2025**

**ANSØGNING OM ØKONOMISK STØTTE AF LUNDEGAARDS STIFTELSE TIL KVINDER OG MÆND, DER PÅ GRUND AF SYGDOM, ELLER ANDEN DEM UTILREGNELIG ÅRSAG HAR SÅDAN STØTTE BEHOV**

**Ansøgningen indsendes til Lundegaards Stiftelses kontor, Klingenberg 2, 5000 Odense C, senest den 30. september.** Uddeling forventes at finde sted i december måned.

**Ansøgninger, der modtages efter ansøgningsfristens udløb, der er ufuldstændig udfyldt, hvor der ikke er vedlagt fornøden dokumentation og manglende påtegning fra lægen (jf. bagsiden), vil ikke komme i betragtning.**

**Alle bilag skal vedlægges i kopi, da man ikke kan påtage sig at returnere originale bilag.**

Navn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cpr.nr.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_postnr.:\_\_\_\_\_\_\_by:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ved tildeling af legat, indsættes beløbet på nemkonto

Civil stand: gift ugift samlevende fraskilt frasepareret enke/enkemand

Ansøger har forsørgerpligt over hjemmeboende børn: JA NEJ

 Antal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Alder:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Barnet/børnene har egen indtægt/formue: NEJ JA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_kr. årligt

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ansøgers indtægts- og formueforhold:

Årlig bruttoindtægt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_kr. Formue: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_kr.

**Årsopgørelse for 2024 skal vedlægges i kopi.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ansøgers ægtefælles/samlevers indtægts- og formueforhold:

Årlig bruttoindtægt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_kr. Formue: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_kr.

**Årsopgørelse for 2024 skal vedlægges i kopi.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ansøger har tidligere modtaget støtte i: 2022: \_\_\_\_\_\_\_kr. 2023: \_\_\_\_\_\_\_kr. 2024: \_\_\_\_\_\_\_kr.

**Jeg erklærer herved, at foranstående oplysninger er afgivet i overensstemmelse med sandheden.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dato Underskrift

**Ansøgningen skal påtegnes af læge**

**Lægens påtegning**

1. Sygdommens betegnelse (bedes angivet på dansk).
2. Ordineres medicin, der i særlig grad er udgiftskrævende og belaster ansøgers økonomi?
3. Bruger ansøger hjælpemidler, hvis anskaffelsesudgift skal afholdes af ansøger?
4. Er der foreskrevet særlig kost, der i særlig grad er udgiftskrævende og belaster ansøgers økonomi?
5. Særlige bemærkninger:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dato Underskrift og stempel