

Søknad om økonomisk støtte fra FALK Bergen sitt Pasientfond

1. Pasientens etternavn:	2. Fornavn:	3. Kjønn: <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne
4. Fødselsnr. (11 siffer)	E-post:	Foreldre/foresatte (hvis pas er <18 år)
6. Adresse:	7. Postnr.:	8. Poststed:
9. Telefon:	10. Kontonummer:	
11. Pasientens sivilstatus: <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Enslig <input type="checkbox"/> Separert/skilt <input type="checkbox"/> Enke/-mann		
12. Hjemmeboende barn:		
13. Yrke:		
14. Netto arbeidsinntekt etter skatt per måned, kr.		
15. Pensjon / stønad per måned, kr.		
16. Har sykdommen ført til <input type="checkbox"/> Økte utgifter <input type="checkbox"/> Reduserte inntekter		
Hvilke ekstra utgifter?		
Hvordan er inntekten redusert?		
Hvor mye søker du om?		
Hvilken type behandling (klinikkopphold eller annet)?		
17. Har du søkt/fått støtte andre steder og hvor mye?		

18. Begrunnelse for søknaden:

19. Attestasjon fra lege:

Diagnose:

Kommentarer:

Legens underskrift og stempel

Dato:

Søkers underskrift:

FALKs kommentarer: