

RETNINGSLINIER FOR TILDELING AF LEGAT TIL PATIENTER MED COLITIS ULCEROSA, CROHN SYGDOM, MIKROSKOPISK KOLIT ELLER IBS

Legatet uddeles en gang årligt iht. Colitis-Crohn Foreningens vedtægter §2, stk. 2, efter ansøgning, som behandles i legatudvalget.

Colitis-Crohn Foreningen er fritaget for skattemæssig indberetning iflg. Ligningslovens §7Z.

KRITERIER

TILSKUDSBERETTIGEDE

Legat kan søges, hvis ansøgeren er diagnosticeret og/eller behandlet for Colitis ulcerosa, Crohn sygdom, Mikroskopisk Kolit eller IBS inden for de sidste to år (kontrol medregnes ikke som behandling). Ansøgeren skal være medlem af Colitis-Crohn Foreningen. Modtog du sidste år patientstøtte, kan du ikke komme i betragtning i år.

INDTÆGTS- OG FORMUEFORHOLD

Ansøgeren og dennes ægtefælle/samlever må ikke have en samlet likvid formue, der overstiger kr. 15.000.

Ansøgerens og dennes ægtefælles/samlevers disponible månedlige beløb (eksklusive faste udgifter) til mad, tøj m.m. må maksimalt udgøre kr. 3.000 pr. person i husstanden.

De økonomiske oplysninger i ansøgningen bekræftes ved vedlæggelse af fotokopi af ansøgerens og dennes ægtefælles/samlevers sidste årsopgørelse fra skattevæsenet.

Hvis der søges til børn/unge under 18 år, vedlægges tillige forældrenes indtægt til grund for ansøgningen.

SOCIALE FORHOLD

Oplysninger om sociale forhold udfyldes af ansøgeren, men kan også udfyldes af ansøgerens socialrådgiver, hjemmesygeplejerske eller andre.

LÆGELIGE OPLYSNINGER

De lægelige oplysninger på ansøgningen skal udfyldes af en læge.

DISPENSATION

Der vil være mulighed for at dispensere fra ovennævnte indtægts- og formueforhold, såfremt ansøgerens situation taler derfor. Denne dispensation gives udelukkende af udvalget og beror på individuel vurdering.

ANSØGNINGSFRIST

Ansøgningsfristen er sat til den 1. august 2021. Legatmodtageren vil få direkte besked inden udgangen af oktober 2021. Såfremt alle oplysninger ikke er medsendt, vil ansøgningen ikke komme i betragtning. Ansøgningen kan sendes på mail til info@ccf.dk eller med alm. post til:

COLITIS-CROHN FORENINGEN
NØRREGADE 71-75, 1.TH
5000 ODENSE C
MRK. "PATIENTSTØTTE"

ANSØGNING OM LEGAT

Samtlige spørgsmål besvares omhyggeligt

(udfyldes af ansøgeren)

ANSØGER

Navn: _____ Medlemsnr.: _____
Fødselsdato: _____ Ægteskabelig
stilling: _____
Adresse: _____
Postnr. og by: _____ Tlf. (privat): _____
Antal hjemmeboende børn: _____ Alder: _____
Beskæftigelse: _____ Tlf. (arbejde): _____

(udfyldes af ansøgeren)

INDTÆGTS- OG FORMUEFORHOLD

Nuværende indtægter:	Egen kr. pr. måned	Ægtefælle/samlevers kr. pr. måned
Personlig indkomst efter skat (løn, dagpenge, pension m.v.)		
Renteindtægter, udbytte af værdipapirer o.l. efter skat		
I alt nettoindtægter		

Nuværende faste udgifter:	kr. pr. måned
Samlede udgifter (excl. kost, tøj og lommepenge)	

Modt.	
Eksp.	

Formue	Egen	Ægtefælles/samlevers
Indestående i pengeinstitut		
Obligationer		
Aktier		
Pantebreve		
Fast ejendom – sidste vurdering		
I alt formue		

Yderligere økonomiske bemærkninger – herunder om formuen er likvid eller bundet.

Har De tidligere modtaget legathjælp fra Colitis-Crohn Foreningen? Ja Nej

I bekræftende fald, hvornår: _____

Jeg indestår herved for rigtigheden af de oplysninger, som er givet i skemaet ovenfor. Jeg giver tilladelse til, at de sociale og lægelige oplysninger, som gives i den efterfølgende del af dette ansøgningskema, fremsendes til Colitis-Crohn Foreningen.

Dato

Ansøgers underskrift

SOCIALE FORHOLD (udfyldes evt. af socialrådgiver)

Begrundelse for ansøgningen, herunder oplysninger om:

- Væsentlige ændringer i livssituationen pga. sygdommen
- Store udgifter til f.eks. medicin og hjemmehjælp
- Store forsørgerforpligtelser
- Indtægtsnedgang

Dato

Underskrift

LÆGELIGE OPLYSNINGER (udfyldes af lægen)

Diagnose: _____

Hvornår stillet: _____ / _____

Evt. sidste recidiv: _____

Hvornår: _____ / _____

Hvor og hvornår har sidste behandling fundet sted: _____

Seneste behandlingsdag:
(kontrolundersøgelse regnes ikke for behandling)

_____ / _____

Bemærkninger:
(evt. antal recidiv, operation, andre belastende sygdomme m.v.)

Dato

Læges underskrift og stempel