

# Ansøgning

om

udbetaling fra

## VERA OG ALBERT HILLS MINDEFOND

Ansøgningskema findes på DAHANCA's (Danish Head and Neck Cancer Group) hjemmeside: <https://www.dahanca.dk/>

**Ansøgningskemaet med bilag skal fremsendes pr. mail til fondens formand: [marianne.fournais@dlapiper.com](mailto:marianne.fournais@dlapiper.com) eller pr. post til DLA Piper Denmark, advokat Marianne Fournais, DOKK1, Hack Kampmanns Plads 2, 8000 Aarhus C.**

### Om fonden:

Fondens stifter er Vera Hill.

Vera var enke efter Jonny Carl Hill. Deres eneste barn, Albert Hill, født i 1954 fik kræft i næsesvælget som 17 årig. Albert blev rask, men led af svære senfølger efter strålebehandlingen. Alligevel fik han en uddannelse og drev i en årrække Thorups Bodega ved domkirken i Aarhus. Desværre fik Albert 20 år senere en ny kræftsvulst, denne gang i struben, som måtte bortopereres, Albert måtte derfor lære at tale med taleventil, men var på trods heraf fortsat meget aktiv med sin forretning og i foreningen af strubeløse. Albert døde af sin kræftsygdom i 2007. Vera oprettede i 2009 et testamente, hvori hun bestemte, at der ved hendes død skulle oprettes en fond med navnet "Vera og Albert Hills Mindefond".

Fonden har som **formål**, at der årligt udloddes det udbytte, fondens midler indbringer. Midlerne skal udbetales til kræftpatienter med vedvarende kræft i hoved og hals regionen eller svære følger af sygdommen, dog kun til ubemidlede - både børn og voksne. Legatet skal anvendes til brug for rejser, kulturoplevelser og i det hele taget til at forsøde tilværelsen for disse.

### Hvem kan søge:

Betingelserne for at søge er således:

- 1) Ansøger er diagnosticeret med kræft i hoved og hals.
- 2) Ansøger er uhelbredeligt syg af sin kræftsygdom eller lider af svære senfølger af sygdommen.
- 3) Ansøger er "ubemidlet" ud fra en lempelig fortolkning.

### Personlige oplysninger:

(Udfyldes af ansøgeren med blokbogstaver)

Fødselsdato/cpr.nr.: \_\_\_\_\_ Enlig:  Gift/samboende:

Fulde navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr. og by: \_\_\_\_\_ Tlf.: \_\_\_\_\_

Beskæftigelse: \_\_\_\_\_

Region: \_\_\_\_\_

Antal hjemmeboende børn: \_\_\_\_\_ Fødselsdato: \_\_\_\_\_  
(under 18 år)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Bankoplysninger til brug for udbetaling af understøttelsen:**

Registreringsnr.: \_\_\_\_\_ Kontonr.: \_\_\_\_\_  
(4 cifre) (Max 10 cifre)

Pengeinstitut: \_\_\_\_\_

### **Indtægts og formueforhold:**

(**Alle** rubrikker skal udfyldes)

Nuværende **brutto**indtægter:

Personlig indkomst før skat og AM-bidrag (løn, dagpenge, pension m.v.)	kr. pr. mdr.
Renteindtægter, udbytte af værdipapirer og lignende før skat	kr. pr. mdr.
I alt bruttoindtægter	kr. pr. mdr.
I alt bruttoindtægter	kr. pr. år

Udfyldes kun såfremt der forventes ændringer i den ovenfor angivne bruttoindtægt.

Forventede bruttoindtægter i indeværende år	kr.
---	-----

Formue:

	Sæt X		
		Bundet	
Indestående i pengeinstitut			kr.
Værdipapirer			kr.
Ejerbolig, sommerhus eller anden fast ejendom			kr.
Anden formue			kr.
I alt formue			kr.

**Kopi af ansøgers seneste 2 årsopgørelser fra SKAT skal vedlægges. Hvis ansøgers økonomiske forhold har ændret sig siden seneste årsopgørelse, kan anden dokumentation for indtægten også vedlægges.**

Likvid

Kort motiveret ansøgning med oplysning om sygdomsgener og om hvad et evt. legat skal bruges til:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Lægelige oplysninger:

(Udfyldes af lægen)

Diagnose: \_\_\_\_\_

Stillet den            /

Hvor og hvornår har behandlingen fundet sted: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Lægens indstilling/supplerende oplysninger:

\_\_\_\_\_  
Dato

\_\_\_\_\_  
Lægens underskrift og stempel

Ansøgers underskrift og samtykke:

*Jeg indestår herved for rigtigheden af de angivne oplysninger, og giver samtidig mit samtykke til at de oplysninger, som er nævnt i ansøgningsskemaet, videregives til Vera og Albert Hills Mindefond.*

\_\_\_\_\_  
Dato

\_\_\_\_\_  
Underskrift

Samtykke til behandling og videregivelse af personnummer samt helbredsoplysninger:

*Undertegnede giver herved samtykke til, at Vera og Albert Hills Mindefond behandler de oplysninger, som er opgivet i nærværende ansøgningsskema, herunder mine helbredsoplysninger samt mit personnummer (cpr.nr.). Behandlingen består i opbevaring af oplysningerne samt videregivelse af disse til fondens bestyrelse.*

*Formålet med nævnte behandling af oplysningerne er dels at sætte Vera og Albert Hills Mindefond i stand til at bedømme, hvorvidt ansøgeren bør tildeles fondens legat, dels at muliggøre efterfølgende identifikation af ansøgeren i forbindelse med eventuelle udbetalinger.*

*Oplysningerne opbevares i et sådant tidsrum, at Vera og Albert Hills Mindefond kan overholde bogføringslovens regler, skatteregler m.v.*

*Du har til enhver tid mulighed for at tilbagekalde dit samtykke ved henvendelse til Vera og Albert Hills Mindefond.*

_____	_____
Navn	Fødselsdato/cpr.nr.
_____	_____
Dato	Underskrift

Fuldmagt til pårørende eller anden betroet person som ansøger:

*Undertegnede giver herved som kræftpatient mit samtykke til, at min pårørende, eller anden betroet, på mine vegne indhenter lægelige oplysninger til brug for denne ansøgning. Jeg giver samtidig mit samtykke til at de oplysninger, som er nævnt i ansøgningsskemaet, videregives til Vera og Albert Hills Mindefond.*

_____	_____
Navn	Fødselsdato/cpr.nr.
_____	_____
Dato	Underskrift