

Till Stiftelsen Hallbäckska Pensionsfonden, Halmstad

1. Sökandens namn	Personnr	
2. Adress		
3. Yrke el sysselsättning		
4. Mantalsskrivningsort	Kommun	Län
5. Telefon	Mailadress	
6. Hur är den sökande släkt med C.P.A: Hallbäck?		
7. Om sökanden är Omyndig: Uppges här vårdnadshavarens namn och postadress.		
8. Tillhör sökanden Svenska Kyrkan och döpt?	☐ Ja ☐ Nej	
9. Är sökanden yrkesmilitär?	☐ Ja ☐ Nej	
10. Har sökanden varit föremål för personlig konkurs?	☐ Ja ☐ Nej	

11. Fråga 9 besvaras av den som söker understöd till följd av sjukdom. a. Anser sig sökanden på grund av sjukdom ur stånd att genom arbete försörja sig? b. Vilka besvär medför sjukdomen? Är sökanden i behov av särskild vård? c. Hur mycket är arbetsförmågan nedsatt?	
	a)
	b)
	c)

12. Vid beviljad pension. Konto till sökande för utbetalning. Med sökande avses även omyndig person.	Clearingnummer	Kontonummer
---	-----------------------	--------------------

Särskilda upplysningar:

Undertecknad förklara härmed på heder och samvete att här lämnade uppgifter är med sanningen överensstämmande.

_____ den _____ / _____ 20____

Namnteckning: _____

Namnförtydligande: _____

Undertecknad, som informerat sig om förhållandena, intygar härmed riktigheten av de i ansökningen lämnade uppgifterna.

_____ den _____ / _____ 20____

Namnteckning: _____

Namnförtydligande: _____

Adress: _____

Personbevis ska sändas in till Stiftelsen inför varje utbetalningsperiod.

Ansökan skickas till:

Stiftelsen Hallbäckska Pensionsfonden

c/o Brefi Consult AB Fasanvägen 27

302 40 Halmstad

Oriktiga uppgifter kan medföra att ansökningen avslås, beviljat understöd dras in samt återkrav verkställs.