|  |  |
| --- | --- |
|  | ANSÖKAN OM BIDRAG FÖR ANDLIG VÅRD |
|  |
| Bidragsår | Sjukhus |
|      |       |
| Bidragssökande trossamfund | Post-/bankgiro |
|       |       |
| Kontaktperson och funktion |
|       |
| E-postadress | Telefon |
|       |       |
| Adress | Postnummer | Ort |
|       |       |       |
| **Antal årsarbetare** (summan av den/de anställdas sysselsättningsgrader där en person med heltidsanställning utgör 1 årsarbetare) |
| Innevarande år | Kommande år/bidragsår | Kommentar |
|       |       |       |
| **Beredskap i hemmet** |
| Beredskap i hemmet kvällar, nätter och helger |
| [ ]  | Ja |  |  | [ ]  | Nej |
| Kommentar |
|       |
| **Medverkan i sjukhusets krisorganisation** |
| Medverkan i sjukhusets krisorganisation |
| [ ]  | Ja | [ ]  | Nej |
| Kommentar |
|       |
| **Planering för det kommande året/övriga kommentarer** |
| Övriga kommentarer |
|       |