

Ansökan om bidrag

Uppgifter om sökanden	
För- och efternamn för den som söker	Personnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adress och postadress	
<input type="text"/>	
Telefon mobil	e-postadress
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Uppgifter för den som söker för annans räkning	
För- och efternamn	
<input type="text"/>	
Adress och postadress	
<input type="text"/>	
Telefon mobil	e-postadress
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Din relation till den sökande	
<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare <input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Förvaltare <input type="checkbox"/> Stödperson	

Inskrivnen vid synmottagning *
<input type="text"/>
<small>* Om du är inskriven vid synmottagning, ange vilken</small>

Övriga uppgifter		
Din årsinkomst *	Antal personer i hushållet	Varav med inkomst **
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>* Om din årsinkomst överstiger fyra prisbasbelopp kan du vara berättigad till bidrag om ni är fler i hushållet, se bilaga till ansökan</small>		
<small>** Om ni är fler i hushållet som har inkomst skall varje persons slutskattebesked skickas med ansökan</small>		

Beskriv vad du söker bidrag för och orsak		
Exempel: Jag söker bidrag till en smart telefon så att jag kan använda voiceover och mobilt bankid.		
<input type="text"/>		
<small>*Skicka gärna med offert, kostnadsberäkning eller annan information om det du söker och vad det kostar</small>		
Ansöker om (kr)*	Konto för utbetalning av beviljat bidrag	
<input type="text"/>	Bank	Clearingnr
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Kontonr
		<input type="text"/>
Har du sökt bidrag från Synskadades stiftelse i Skåne (SSS)?		
<input type="checkbox"/> Ja, jag har sökt bidrag		
<input type="checkbox"/> Nej jag har inte tidigare sökt bidrag från SSS		
År... <input type="text"/>		

Synskadades Stiftelse Skåne (SSS)

Bifogas till ansökan

Inkomstuppgift, senaste slutskattebesked, för sökanden

Inkomstuppgift, senaste slutskattebesked, för övriga medlemmar i hushållet som har inkomst

Läkarintyg som anger orsak till synnedsättning samt korrigerad visus på höger och vänster öga

Information till sökanden

Stiftelsens information om villkor för bidrag och vad du kan söka bidrag för, samt uppgifter om hur dina personuppgifter databehandlas finns i Bilaga till ansökan som du laddar ner på <https://www.srf.nu/distrikt-och-branschforeningar/distrikt/srf-skane/stiftelse-och-fonder/>

Sökandens försäkran

Jag försäkrar med min underskrift att ovanstående uppgifter är korrekta och att jag har tagit del av Stiftelsens information om villkor för bidrag, samt medger att mina uppgifter får databehandlas.

De personuppgifter som lämnas i denna ansökan behandlas enligt Dataskyddsförordningen ((EU) 2016/679 (GDPR)) samt lagras och behandlas enbart i syfte att hantera denna ansökan.

Ort och datum

Underskrift *

* Av sökanden, vårdnadshavare, god man eller förvaltare