**Synskadades Stiftelse Skånes samförvaltning**

**ANSÖKAN OM BIDRAG**

**PERSONUPPGIFTER**

|  |
| --- |
| Efternamn, förnamn |
| Personnummer |
| Utdelningsadress |
| Postnummer och ort |
| Telefon/mobil |
| E-postadress |
| Minderårig som ansökan avser |
| Personnummer |
| Inskriven på Synenheten i |

**ÄNDAMÅL**

|  |  |
| --- | --- |
| Beskriv och motivera till vilket ändamål som söks samt kostnadsberäkning.  Vid behov av ledsagare t.ex. vid resa, uppge ledsagarens namn och adress  ................................................................................................................................................ | |
| Sökt belopp (kr) | Egen insats (kr) |

**SKATTEPLIKTIGA INKOMSTER, t.ex. slutskattsedel**

|  |
| --- |
|  |

**ÖVRIGA BIDRAG**

|  |
| --- |
| Andra fonder ur vilka medel till samma ändamål söks/kommer att sökas (Ange sökt bidrag och om bidrag har beviljats, ange beloppets storlek).  ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |

**HISTORIK**

|  |
| --- |
| Jag har tidigare tilldelats bidrag från Synskadades Stiftelse Skånes Samförvaltning, eller tidigare från SBU.  □ Ja, år .........  □ Nej |

**Konto vid eventuell utbetalning**

|  |  |
| --- | --- |
| Bank | |
| Clearingnummer | Kontonummer |

**UNDERSKRIFT**

|  |
| --- |
| Jag har tagit del av bilagd information gällande ansökan samt hur mina personuppgifter behandlas och försäkrar att ovanstående uppgifter är korrekta.  ....................................... ..........................................  Ort och datum Underskrift |