

ANSÖKAN OM FONDMEDEL UR SYNSKADADES STIFTELSE ÖSTERGÖTLAND

Ansökan insänds till:
SRF Östergötland
Barnhemsgatan 6A
582 30 Linköping
ansokan@srfost.nu
013-14 35 65

Sökandes personuppgifter

Personnummer (10 siffror):
Förnamn:
Efternamn:
Målsman eller God man:
Make/maka/sammanboendes personnr:
Hemmavarande barn och ålder:.....
Sökandes adress:.....
Postnummer: Ort:
Telefon hem: Tel. mobil/arb:
E-post:
Bankkonto inkl clearingsnr/plusgiro:
Bank: Utbetalningsavi:

Funktionshinder

☐ Grav synskada ☐ Synsvag ☐ Ytterligare funktionshinder

Inskrivnen vid syncentral i:

Medlem i SRF ☐ Ja ☐ Nej

Stiftelsens noteringar

Beslutsdatum _____ **Beslut** Avslag _____ Beviljad kr _____

Komplettering _____

Ändamål och kostnadsberäkning

(Vid ansökan om bidrag; till läger/studier/rekreation ange tidpunkt, samt specificerade kostnader, till ledsagarkostnader ange ledsagarens namn och adress.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sökt belopp:..... Egen insats:.....

Inkomst- och förmögenhetsuppgifter

(kopia av senaste slutskattsedel skall **alltid** bifogas och då ansökan avser barn anges föräldrarnas inkomst- och förmögenhetsuppgifter)

	Sökanden	Make/maka/sambo
Taxerad årsinkomst		
Över eller underskott av kapital		
Tillgångar		
Skulder		
Tax.värde fastighet/bostadsrätt		

Övriga uppgifter som påtagligt påverkat(ar) sökandens ekonomi och som kan vara av betydelse för ansökan:

**Om bidrag söks för samma ändamål ur andra fonder,
ange vilka samt sökt belopp**
(Om bidrag har beviljats ange beloppets storlek)

.....
.....

Övriga upplysningar

.....
.....
.....
.....

Underskrift

Jag försäkrar på heder och samvete att lämnade uppgifter är riktiga
och att jag tagit del av Synskadades stiftelses information samt
medger att mina uppgifter får databehandlas.

Ort och datum

.....

Sökandes namnunderskrift
(För omyndig, målsmans underskrift)

.....

Namnförtydligande

.....

Bilagor:

Kopia av senaste sluskskattsedel
I förekommande fall läkarintyg som styrker sökandens synskada