

## ANSÖKAN OM BIDRAG FRÅN SYNSKADADES VÄL I ÖSTERGÖTLAND

Ansökan insänds till:  
SYNSKADADES VÄL  
Att. Birgitta Nilsson  
Heidenstams Gata 71  
584 37 Linköping  
mobil: 070-989 04 60

Observera att redan inköpta hjälpmedel eller genomförda aktiviteter icke beviljas ersättning i efterhand.

### Sökandes personuppgifter

Personnummer (12 siffror): .....

Förnamn: .....

Efternamn: .....

Sökandes adress:.....

Postnummer: ..... Ort: .....

Telefon hem: ..... Tel. mobil/arb: .....

E-post: .....

Bankkonto inkl clearingsnr/plusgiro: .....

### Funktionsnedsättning

Grav synskada ( ) synsvag ( ) ytterligare funktionsnedsättning ( )

Inskriften vid syncentral i: .....

### Stiftelsens noteringar

Beslutsdatum \_\_\_\_\_ **Beslut** Avslag \_\_\_\_\_ Beviljad kr \_\_\_\_\_

Komplettering \_\_\_\_\_

## Vad söker du bidrag till?

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

.....

.....

.....

.....

.....

Sökt belopp:..... Egen insats:.....  
Föreningen tillämpar ett maxbelopp för bidrag

## Om bidrag söks för samma ändamål ur andra fonder, ange vilka samt sökt belopp

(Om bidrag har beviljats ange beloppets storlek)

.....

## Övriga upplysningar

.....

.....

.....

Bifoga ansökan:

Intyg från ögonsjukvården.

Ansökan inkomstprövas. Bifoga inkomstuppgift från Skatteverket.

## Underskrift

Jag försäkrar på heder och samvete att lämnade uppgifter är riktiga.

Ort och datum.....

Sökandes namnunderskrift

(För omyndig, målsmans underskrift)

.....

.....

Namnförtydligande

Uppdaterad 2025-03-20