

ANSÖKAN OM BIDRAG

OBS! Intyg från arbetsterapeut, distriktssköterska, kurator, läkare eller sjukgymnast krävs för att styrka den sökandes neurologiska eller ortopediska rörelsehinder.

Ink..... Nr

Sökandens namn: **Personnummer:**

Förälder/vårdnadshavares namn:

Om sökanden är ett barn under 18 år

Adress: **Postadress:**

Gift/sambo **Ensamstående** **Antal hemmavarande barn:**

Årsinkomst före skatt sökande/vårdnadshavare: före skatt make/maka/sambo:
(**OBS!** bifoga kopia av senaste slutskattebesked) (**OBS!** bifoga kopia av senaste slutskattebesked)

Bankmedel/Fonder/Aktier: **Annat förmögenhet:**

Har Du postgirokonto, bankgiro eller bankkonto fyll i nedanstående:

Postgiro/Bankgiro																				
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bankens namn:

Kontonummer i bank																				
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

clearingnummer

kontonummer

Rörelsehinder(intyg bifogas):

Ändamål för vilket bidrag söks:

(fortsätt på bilaga om utrymmet ej räcker)

Beräknad kostnad:

Har Du för samma ändamål sökt eller fått bidrag från annat håll:

Övriga upplysningar:

När du skickar in din ansökan samtycker du till att uppgifter om dig får föras in i Rosenbäcksstiftelsens register enligt EU:s Dataskyddsförordning 2016/679 (GDPR).

Sökandens underskrift:

Upplysning: Blir du beviljad bidrag kan kontroll göras för att se om medel har använts till sökt ändamål.