ANSÖKAN OM FONDMEDEL

Insändes till:
Synskadades Stiftelse i Stockholms och Gotlands län
SEB Enskilda Banken
Private Banking Stiftelser
106 40 STOCKHOLM

SÖKANDE
För- och efternamn:.....

Personnummer:.....

Adress:.....

Postadress:.....

Tel. bostad:.....

Tel. arbete:.....

För minderårig sökande

Målsmans namn:.....

Ändamål:.....

.....

.....

.....

Kostnadsberäkning:.....

.....

Sökt belopp:.....

Egen insats:.....

INKOMSTER PER MÅNAD

Sökandes* lön före skatt: _____

Sjukersättning/pension: _____

Bostadsbidrag: _____

Bidragsförskott/underhållsbidrag: _____

Sammanboendes lön före skatt _____

Merkostnadsersättning: ____%

***För minderåriga sökande avses vårdnadshavarens/familjens lön före skatt**

FASTA UTGIFTER PER MÅNAD

Boendekostnad: _____

Förskoleavgifter: _____

Övriga fasta utgifter: _____

Tillgångar t ex banktillgodohavanden, fastigheter: _____

Om andra fonder sökts, ange vilka:

.....

Medlem i SRF **Ja** **Nej**

Synskärpa på bästa ögat efter korrektion:

.....

Ytterligare funktionsnedsättningar:.....

Referenser (synkonsulent eller annan på syncentral)

.....

.....

Intygas (behörig personal på syncentralen):

....
Namnunderskrift **Namnförtydligande**

Bilagor.....

....
Ort och datum **Namnunderskrift**

Ovanstående uppgifter lämnas på heder och samvete.

2018-04-25