

# ANSÖKAN OM FONDMEDEL

Insändes till:

Synskadades Stiftelse i Stockholms och Gotlands län  
SEB Enskilda Banken  
Stiftelser & Företag  
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 \_\_\_\_\_

Handikappersättning: \_\_\_\_\_%

\*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:.....**

**Postgiro, bankkonto eller annat:.....**

**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.**