

ANSÖKAN OM FONDMEDEL

Insändes till:

Synskadades Stiftelse i Stockholms och Gotlands län

c/o SEB

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 _____

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.