

Sista ansökningsdag 31 maj /15 november

**Ansökan ur stiftelserna
Hulda Boströms minnesfond
Sociala fonden
Botvid Johanssons minnesfond**

För- och efternamn, eller organisationsnamn	Personnummer	Kontonr inkl clearingnr, Plus/bankgiro
Postadress	Postnummer och ort	Telefonnummer
Ensamstående Gift eller sammanboende	Make/maka/sambos personnummer	Make/maka/sambos namn

Sökande *Alla inkomster anges efter skatt***Sökanden****Make/maka/sambo**

Anställning – månadsinkomst		
Pension – månad		
Sjukpenning, A-kassa eller andra inkomster		
Totalt		

Har bidrag söks från andra fonder? om ja ange vilken fond som *sökt*

Kontakt med socialtjänst, socialsekreterare etc:

Har bidrag erhållits tidigare ur någon av Sundsvalls kommuns fonder?

År	För vilket ändamål
----	--------------------

Kortfattad beskrivning av sökt ändamål med kostnadsberäkning (projektbeskrivning för organisationer):

Beskrivning av funktionsnedsättning (fysiskt, psykiskt eller socialt):

Övriga upplysningar som styrker behov av sökt ändamål bör bifogas. Intyg kan vara från läkare, kurator, socialsekreterare, arbetsgivare eller personer som har god kännedom om din funktionsnedsättning eller sociala situation.

Ort datum

Underskrift

Observera! Lämnade uppgifter omfattas inte av sekretess.

Postadress: Sundsvalls kommun
Vård- och omsorgsförvaltningen
Stina Stenlund
851 85 Sundsvall