

## ANSÖKAN till

## FÖRENINGEN DE BLINDAS VÄNNER

Danske Bank Stiftelsetjänst  
Box 111 44, 404 23 Göteborg

Ansökan skall vara DBV tillhanda  
31 okt (för behandl. vid höstmötet)  
30 april (för behandl. vid vårmötet)

Till ansökan skall bifogas slutskattsesedel eller annat intyg från Skatteverket.  
Vid resa skall bokningsbekräftelse eller biljett bifogas.

Samtliga uppgifter nedan ska fyllas i. Ofullständig ansökan, eller ansökan innehållande felaktiga uppgifter, kommer inte att behandlas.

## Personuppgifter

<b>Namn</b>	<b>Personnr</b>
<b>Adress</b>	<b>Tel nr</b>
<b>Postnr, ort</b>	<b>e-post adress</b>
<b>Bankkonto</b>	<b>Bank</b>

## Funktionsnedsättning – Bifoga synintyg

<input type="checkbox"/> Blind / Gravt synskadade	<input type="checkbox"/> Synsvag
---	----------------------------------

## Inkomst- och förmögenhetsuppgifter – Bifoga slutskattsesedel

För barn anges föräldrarnas inkomst/förmögenheter

<b>Sökande</b>	<b>Inkomst</b>	<b>Förmögenhet (tillgångar-skulder)</b>
<b>Make/maka/sambo</b>	<b>Inkomst</b>	<b>Förmögenhet (tillgångar-skulder)</b>

## Ansökan avser

<input type="checkbox"/> Resa / rekreation	<input type="checkbox"/> Utrustning / Hjälpmedel
<input type="checkbox"/> Utbildning / studier / kurs	<input type="checkbox"/> Annat
<b>Sökt belopp (kronor)</b>	

## Ledsagare (vid resa)

<b>Namn</b>	<b>Personnr</b>
Familjemedlem <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	

Ansökan skickas till  
Föreningen De Blindas Vänner  
Danske Bank Stiftelsetjänst, Box 111 44, 404 23 Göteborg

Frågor besvaras av Sekr Hans Lindblom 031-254 597  
eller kassaförv. Lars Tegelberg 031-218 200

Sidan 2

# FÖRENINGEN DE BLINDAS VÄNNER

## Skäl till ansökan

(Vid resa ange tidpunkt, resmål samt specificerade kostnader)

--

## Sökt o/e erhållit bidrag från annan stiftelsefond

<input type="checkbox"/>	Sökt belopp:	Erhållit belopp:
<input type="checkbox"/>	Sökt belopp:	Erhållit belopp:
<input type="checkbox"/>	Sökt belopp:	Erhållit belopp:

## Underskrift

Jag försäkrar på heder och samvete att lämnade uppgifter är riktiga och medger att mina uppgifter får databehandlas. (SFS 1998:204). Styrelsens beslut går ej att överklaga.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Namnteckning

## Utredning / Beslut (ifylles av styrelsen)

Har erhållit bidrag			
ÅR _____	Kronor _____	ÅR _____	Kronor _____
ÅR _____	Kronor _____	ÅR _____	Kronor _____
<input type="checkbox"/> Beviljas, kronor _____		<input type="checkbox"/> Avslås	

**Ansökan skickas till**

Föreningen De Blindas Vänner

Danske Bank Stiftelsetjänst, Box 111 44, 404 23 Göteborg

**Frågor besvaras av Sekr Hans Lindblom 031-254 597**

**eller kassaförv. Lars Tegelberg 031-218 200**