

## ANSÖKAN till

## STIFTELSEN DE BLINDAS VÄNNER

Danske Bank Stiftelsetjänst  
Box 110 55, 404 22 Göteborg

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

**BIFOGA KOPIA PÅ:**

Personbevis       Synintyg (ej äldre än 6 mån)

**KOPIA PÅ SLUTSKATSEDEL FÖR:**

Sökande       Make/sambo till sökande  
 Jag bor i bostadsrätt       Jag bor i hyreslägenhet       Jag bor i egen fastighet  
 Ensamboende       Sammanboende

Vid beviljat resebidrag skall **kvitto för betald resa, faktura** eller **biljett** insändas i efterhand.

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 aktuellt synintyg (ej äldre än 6 mån)**

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

**Inkomst- och förmögenhetsuppgifter – Bifoga senaste slutskattesedel**

För barn anges föräldrarnas inkomst/förmögenheter

Hur många bor i hushållet?	Antal vuxna över 18 år:	Barn:
Sökande	Inkomst	Förmögenhet (tillgångar-skulder)
Make/maka/sambo	Inkomst	Förmögenhet (tillgångar-skulder)

Ansökan skickas till  
Stiftelsen De Blindas Vänner  
Danske Bank Stiftelsetjänst  
Box 110 55, 404 22 Göteborg

Frågor besvaras av  
Sekreterare: Per Wikander 0303-773410  
Kassaförv. Lars Tegelberg 031-218 200

**STIFTELSEN DE BLINDAS VÄNNER****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>
-------------	-----------------

**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

Ansökan skickas till  
 Stiftelsen De Blindas Vänner  
 Danske Bank Stiftelsetjänst  
 Box 110 55, 404 22 Göteborg

Frågor besvaras av  
 Sekreterare: Per Wikander 0303-773410  
 Kassaförv. Lars Tegelberg 031-218 200