

Sökanden förälder, vårdnadshavare

År	Månad	Dag
Efternamn och förnamn		
.....		
Bostadsadress		
.....		
Postnummer och ort		
.....		
Telefonnr (även riktnummer)	Mejladress	
.....	
Antal hemmavarande barn. Barnens ålder.		
.....		

Sista anmälningsdag 31 mars

BIDRAGSANSÖKAN Insändes i 2 ex

Ansökningsdatum

.....

STIFTELSEN ALLMÄNNA BB:S MINNESFOND
Fiskartorpsvägen 15 E
114 33 Stockholm

Ändamål för vilket bidraget söks	Önskat bidragsbelopp, kr	
	Egen kapitalinsats, kr	
	Totalkostnad, kr	
Erhållit bidrag från annat håll	Givarens namn	Belopp, kr
<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja		
Sökt bidrag från annat håll	Namn	Belopp, kr
<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja		

Sökandens eller barnets funktionsnedsättning

Ange diagnos eller beskriv funktionshindret
.....
Bilagor: Läkarintyg/kuratorsintyg eller motsvarande
.....

Ekonomi

Sökandens yrke/befattning				
.....				
Arbetsgivare				
.....				
Makes namn och yrke/befattning				
.....				
Arbetsgivare				
.....				
	år	sökanden	make/sambo	barn
Senaste årsinkomst före skatt
Förmögenhet (fastighet, banktillgodohavanden o dyl)			
Besked om beviljade medel lämnas senast 15 maj. Besked om avslag ges ej. Beslut kan ej överklagas.				
Ev beviljade medel sätts in på konto:				
.....				
bank				
.....				
Clearrnr Kontonr				
.....				

.....
(Sökandens underskrift)