Diarienummer:

Föreningen De Blindas Vänner

Ansökan

Föreningen De Blindas Vänner
c/o Bohusbanken, Kapitalförv
Box 11055
404 22 GÖTEBORG

Insända ansökningar behandlas den
31 okt (för behandl. vid höstsammanträde)
30 apr (för behandl. vid vårsammaträde)

Namn:	
Adress:	
Postadress:	
Telefonnummer:	
Födelseår:	
Ev bank- eller plusgirokonto	

Markera med X svar på nedanstående frågor

Funktionshinder: ☐ Blind ☐ Grav synskada ☐ **Synsvag**

Boende: Ensamboende Ja ☐ Nej ☐

Egen inkomst föregående år: ☐ **under 150.000:-** ☐ **över 150.000:-**
(avser total inkomst före skatt; pension, lön och kapitalinkomster mm.)

Ändamål:
- ☐ resa och rekreation
- ☐ utbildning/studier/kurs
- ☐ utrustning/hjälpmedel
- ☐ annat

Frågor kring denna ansökan kan besvaras av
Sekr Hans Lindblom 031 - 25 45 97
Kassaförv Lars Tegelberg 031 - 21 82 00

Sökt belopp:		

Namn på ledsagare (gäller		vid resa):	

Ändamål och motivering anger Du nedan eller i bilaga. Bifoga gärna prospekt, offert om sådan finns.

.....den / 20_ _

.....
Sökandens eller vårdnadshavares underskrift