

Gråmarkerade fält ska endast fyllas i av stiftelsen!

Inkom	Meddelad	Bifall
Diarienummer	Ansökningsnummer	Fond

#### UNDERSTÖDSSTIFTELSEN

Bidragsansökan

Efternamn	Förnamn	Födelseår
Bostadsadress	Postnummer	Postadress
Telefon bostad	Mobiltelefon	Telefon arbete
Civiltillstånd Gift	Ensamstående	Sambo
Hemmavarande barn/syskon	Nej	Ja, antal
Sökande är medlem i DHR	Ja	Nej
Göteborgsavdelningen	Ja	Nej
Handikappets art i klartext	Bifogar läkarintyg	
Ev. vårdnadshavares namn	Telefon bostad	Telefon arbete
Redogörelse för bidragets ändamål	Se bilaga	Resmål vid rekreationsresa
		Tidpunkt för resan
		Antal resenärer
		Belopp som sökes
		Varav egna kostnader
Total kostnad för ändamålet	Varav kostnad för medhjälpare	
Har du sökt pengar från annat håll	Belopp	
Nej Ja, från		
Har du fått pengar från annat håll	Belopp	
Nej Ja, från		

Konto för eventuell utbetalning av bidrag

Ytterligare upplysningar om den som ansökan avser kan lämnas av

Efternamn	Förnamn	Telefon dagtid
-----------	---------	----------------

För att kunna bedöma er ansökan behöver vi följande uppgifter från Er.

**Sökande/make/maka/sambo/vuxet barn skall bifoga**

- Kopia av senaste slutskattsedel
- Kopia av inkomstbesked (Exempelvis pensionsavi, handikappersättning, beräkning av ekonomiskt bistånd m.m.)
- Kopia av hyresavi
- Kopia på läkarintyg som styrker funktionshinder

**Samtycke till behandling av känsliga uppgifter**

De uppgifter som du lämnar i din ansökan innehåller uppgifter som rör hälsa. Personuppgiftslagen (PUL) innebär att vi måste sökandes namntycke till att få behandla de lämnade uppgifterna. I och med din underskrift medger du att vi får ta del av dina personuppgifter.

Datum	Sökandes namnteckning
-------	-----------------------

Om ansökan görs av annan person

Datum	Namnteckning	Telefon dagtid
Namnförtydligande	Yrke/befattning	
Bostadsadress	Postnummer	Postadress

Understödsstiftelsen  
DHR Göteborgsavdelningen  
Slottsskogsgatan 18  
414 53 GÖTEBORG