**Bo Lagerquists Stiftelse** Ansökan skall vara insänd senast

**c/o DHRs Bidragsstiftelse** **den 15 februari 2016**

Alsnögatan 7 4tr

116 41 Stockholm

**Bidragsansökan**

**Läs först igenom bilagd information**

|  |  |
| --- | --- |
| Sökandens namn: | Person-nummer: |
| Bostads-adress | Post-nummer: |
| Postort | Telefon dagtid |
| Civilstånd□ Gift/sambo □ ensamstående | Antal hemmavarande barn/syskon (under 18 år) |
| Föräldrars/vårdnadshavares namn (för omyndig sökande) |
| Handikapp:**Läkarintyg, som styrker handikappet och inte äldre än två år ska bifogas ansökan** |
| Ändamål för vilket bidrag söks **(Endast ett ändamål**) |
| Totalkostnad kr    | Sökt bidrag kr |
| Handikappersättning utgår med □ 69% □ 53% □ 36% | Vårdbidrag för barn med handikapp utgår med□ 100% □ 75% □ 50% □ 25% |
| **Årsinkomst och förmögenhet (Kopia på senaste besked ”Besked om slutlig skatt” skall bifogas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| För sökande över 18 år |  | För sökande under 18 år |
| Sökanden med rörelsehinder | Sökanden med rörelsehinders make/maka/sambo |  | Vårdnads-havare | Vårdnadshavarens make/maka/sambo |
| Kr. | Kr. |  | Kr. | Kr. |
| Förmögenhet (gemensam) |  | Förmögenhet (gemensam) |
| Bankmedel | Andra tillgångar |  | Bankmedel | Andra tillgångar |

 |
|  |
| Undertecknad sökande (alternativt vårdnadshavare för sökande under 18 år) medger härmed att samtliga uppgifter i denna ansökan får av stiftelsen förvaras och användas i samband med behandlingen av min bidragsansökan.Efter det att ansökningsärendet slutbehandlats återsänder stiftelsen erhållna handlingar. |
| Datum | Underskrift |