**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 | | | | | | |