

## Bidragsansökan



### Sökande

Namn	Personnummer
Adress	Postnummer
Postort	Telefonnummer
Mejladress	

Funktionsnedsättning
----------------------

### Vårdnadshavare/Legal företrädare

*Om sökande ej är myndig eller av annat skäl inte kan ansöka själv*

Namn
Telefonnummer
Mejladress

### Ändamål för vilket bidrag söks

--

### Kostnad

Total	Ansökt från förbundet
-------	-----------------------

Sökt bidrag avser egen kostnad \_\_\_\_\_ medhjälpares kostnad \_\_\_\_\_

Har du sökt bidrag från något annat håll? Ja \_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_\_

Har den ansökan beviljats? Ja \_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_\_

Om *Ja*, ange varifrån och vilket belopp

--

Har du något av följande?

Handikappersättning Ja \_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_\_ Nivå \_\_\_\_\_%

Merkostnadsersättning Ja \_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_\_

Vårdbidrag Ja \_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_\_ Nivå \_\_\_\_\_%  
*För vårdnadshavare, gällande barn med funktionsnedsättning*

### Årsinkomst och förmögenhet

*Bifoga kopia på senaste "Besked om slutlig skatt"*

#### Sökande 18 år eller äldre

Sökandes årsinkomst	Makes/Makas/Sambos årsinkomst
Gemensamma bankmedel	Andra tillgångar

#### Sökande under 18 år

Vårdnadshavare 1:s årsinkomst	Vårdnadshavare 2:s eller Vårdnadshavare 1:s makes/makas/sambos årsinkomst
Gemensamma bankmedel	Andra tillgångar

**Undertecknad sökande (eller vårdnadshavare för sökande under 18 år) intygar härmed att samtliga uppgifter i denna ansökan får förvaras hos och hanteras av Förbundet Unga Rörelsehindrade i samband med behandlingen av ansökan. Fysiska handlingar återsänds efter att ärendet är avslutat.**

Datum och ort	Namnteckning  Namnförtydligande
---------------	---------------------------------------