

---

NAMN

PERSONNUMMER

---

ADRESS

---

TELEFON

BANKKONTO ELLER PLUSGIRO

OM DU FÅTT BIDRAG FRÅN STIFTELSEN TIDIGARE, ANGE ÅRTAL OCH VAD DU ANVÄNT PENGARNA TILL.

---

VILKEN SJUKDOM OCH VILKA SYMTOM HAR DU?

---

VILKEN KONVALESCENTVÅRD, REKREATIONSRESA ELLER LIKNANDE SÖKER DU BIDRAG FÖR?

---

VILKET BELOPP SÖKER DU?

---

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR LÄMNAS PÅ BAKSIDAN.

**TILLSAMMANS MED ANSÖKNINGSBLANKETTEN SKICKAR DU ÄVEN IN:**

- » AKTUELLT LÄKARINTYG, SJUKINTYG ELLER LIKNANDE INFORMATION OM DIN SJUKDOM.
- » KOPIA AV SENASTE INKOMSTDEKLARATION, UPPGIFTER OM DIN FÖRMÖGENHET OCH EKONOMISKA OMSTÄNDIGHETER I ÖVRIGT (DEKLARATION OCH UPPGIFTER LÄMNAS ÄVEN FÖR MAKE, SAMBO OCH – OM ANSÖKAN GÄLLER BARN – FÖRÄLDRAR).

---

UNDERSKRIFT

DATUM

*Skicka din ansökan till Stiftelsen Adolf Grapes Minne, Box 6137, 800 06 Gävle*