

Stiftelsen Adolf Grapes Minne

Sökande

NAMN

PERSONNUMMER

ADRESS

TELEFON

BANKKONTO ELLER PLUSGIRO

GIFT SAMBO OGIFT ANTAL HEMMAVARANDE BARN

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 (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
Ansökan ska ha kommit in till stiftelsen senast måndagen den 18 april 2016*