



RÖRELSEHINDRADE BARN &amp; UNGDOMAR

Ansökningsnr:

**ANSÖKAN – Ebbe och Ingrid Johannessons Minnesfond**Sista ansökningsdag är den **1 mars**.

Ifyllt blankett sänds till RBU, Johannessons Minnesfond, Solna Torg 19, 8 tr, 171 45 SOLNA

**Observera!**

Ofullständigt ifyllt ansökan och/eller avsaknad av intyg som styrker diagnos innebär att ansökan inte behandlas. Bidrag utbetalas inte retroaktivt och inte två år i rad. Beslut om bidrag lämnas skriftligt endast till dem som erhållit bidrag. Besked lämnas senast den 30 juni,

**TEXTA**

|   |                   |                  |
|---|-------------------|------------------|
| <b>Namn (den sökande barn/ungdom med funktionsnedsättning, 0 – 25 år)</b> |                   | <b>Födelseår</b> |
| <b>Gatuadress</b>   |                   |                  |
| <b>Postnummer</b>   | <b>Postadress</b> |                  |

|                                     |
|-------------------------------------|
| <b>Diagnos/funktionsnedsättning</b> |
|-------------------------------------|

|                                      |
|--------------------------------------|
| <b>Intyg om diagnos bifogas från</b> |
|--------------------------------------|

|                                    |                         |                        |
|------------------------------------|-------------------------|------------------------|
| <b>Ändamål som bidrag söks för</b> |                         |                        |
| <b>Total kostnad (kr)</b>          | <b>Sökt bidrag (kr)</b> | <b>Egeninsats (kr)</b> |

|                      |        |
|----------------------|--------|
| Sökt från annan fond | Belopp |
| Sökt från annan fond | Belopp |
| Sökt från annan fond | Belopp |

### Ekonomi

|   |                |        |
|---|----------------|--------|
| <p>Hushållets <u>sammanlagda</u> bruttoinkomst föregående år.<br/> Om den sökande är myndig anges endast dennes inkomst.<br/> (t.ex. lön, sjukersättning, vårdbidrag, handikappersättning, pension, aktivitetsersättning)</p> |                |        |
| Den sökande   | Vårdnadshavare | Totalt |
|   |                |        |
| <p>Hushållets <u>sammanlagda</u> banktillgodohavande och övriga tillgångar.<br/> Om den sökande är myndig anges endast dennes banktillgodohavande och övriga tillgångar.</p>  |                |        |
|   |                |        |

### Beviljat bidrag utbetalas till:

|                 |             |         |
|-----------------|-------------|---------|
| Clearingnummer  | Kontonummer |         |
| Kontoinnehavare |             |         |
| Gatuadress      |             |         |
| Postnummer      | Postadress  |         |
| E-postadress    |             | Telefon |

Jag godkänner att RBU har rätt att registrera ovan lämnade uppgifter.

Datum och ort \_\_\_\_\_

Sökandens/vårdnadshavares namnteckning

---