



ANSÖKAN OM BIDRAG – SAMFOND 1

Stiftelsen Samfond 1 är inriktad på social hjälpverksamhet bland barn, ungdom, äldre och andra inom Karlskoga kommun, som är i behov av omsorg.

Bidragsansökan avser:

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Postnummer: _____ Ort: _____

Tel: _____ E-postadress: _____

Anledning till att jag ansöker om bidrag ur Samfond 1:

(Använd gärna baksidan också!)

Familiens samlade månadsinkomst (efter skatt): Kopia på den senaste inkomstdeklarationen samt beslut på eventuella bidrag ska bifogas ansökan.

Barnbidrag _____ Lön _____ Sjukpenning _____

Underhåll _____ Pension _____ Försörjningsstöd _____

Bostadsbidrag _____ Vårdbidrag _____ Övrigt _____

Sammanlagd summa: _____

Sammanboende: Ja Nej Antal barn: _____

Om bidrag beviljas önskar jag få det utbetalat via:

Bankkonto Postutbetalning (postens avgift)

Bankens namn: _____

Clearingnummer: _____ Kontonummer: _____

OBS! För att ansökan ska behandlas krävs det att blanketten är komplett ifylld och att samtliga bilagor bifogas ansökan. **Ofullständiga ansökningar avslås!**

Ort och datum

Underskrift

Ansökan skickas till:

Stiftelsen Samfond 1, Karlskoga kommun, 1. Ekonomiavdelningen, 691 83 KARLSKOGA.

För mer information se: www.karlskoga.se. Alla ansökningshandlingar behandlas konfidentiellt. Skriftligt besked lämnas.