**Stiftelsen Sävstaholm ANSÖKAN (OBS! lämnas i 4 ex, gäller**

**Bangårdsgatan 13, 3 tr, även eventuella bilagor)**

**753 20 Uppsala**

**Telefon 018 – 10 33 20** InkomDnr

**Bifoga kopia på deklaration eller taxeringsbesked**

För det ändamål som anges nedan ansökes om bidrag med……………………………kr

Sökande

|  |  |
| --- | --- |
| Namn:        | Födelsedatum:       |
| Bostadsadress:       | Yrke:       |
| Postnummer:      | Telefon bostad:       |
| Ortnamn:       | Telefon arbete:       |
| E-postadress |  |

1. Art och omfattning av funktionshindret (intyg bifogas). 2. Om personal: ange inom vilken verksamhet för utvecklingsstörda du arbetar. Om anhörig: ange anknytning, t.ex. förälder.

**Ändamål för vilket bidrag sökes** (anges utförligt**)**

**Vid resa: beräknad färdväg, tidpunkt för avresa/hemkomst, vilka som skall åka**

**Kostnad för inköp/kursavgift/resa etc.** (vid resa: ange även kostnad för uppehälle)

Har bidrag tidigare *sökts* från stiftelsen? Har bidrag tidigare *erhållits* från stiftelsen?

 Nej Ja, år …     ……… Nej Ja, år…     ……………

Bidrag har även sökts eller kommer att sökas från

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       | Sökt kr      | Beviljats kr      |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

**Språkkunskaper** (ifylles endast om ansökan avser studieresa till ort utanför Skandinavien**)**

Om ansökan avser utbildning/fortbildning ange tidigare utbildning och nuvarande anställning

Rekommendationer bifogas från (t ex arbetsgivare)

Ytterligare upplysningar, ev. referenser och kontaktperson/er (telefonnummer)

Underskrift

Datum       Namnteckning

 Namnförtydligande