Specialpedagogiska skolmyndigheten

Box 12161
102 26 Stockholm

ANSÖKAN OM BIDRAG

ur Specialpedagogiska skolmyndighetens donationer samt förvaltningsanknutna stiftelser med inriktning på synskadade.

SÖKANDE	NAMN	PERSONNUMMER
	UTDELNINGSADRESS	
	POSTNUMMER OCH ORT	
	TEL BOSTAD	TEL ARBETE
	MINDERÅRIG SOM ANSÖKAN AVSER	PERSONNUMMER
ÄNDAMÅL	BESKRIV TILL VILKET ÄNDAMÅL BIDRAG SÖKS:	
SÖKT BELOPP		
REFERENS PÅ RESURSCENTRET	..... OM REFERENS PÅ RESURSCENTRET SAKNAS MÅSTE OVILLKORLIGEN LÄKARINTYG SOM UTVISAR SYNSKADANS ART OCH SVÅRIGHETSGRAD BIFOGAS BIDRAGSANSÖKAN.	

ÖVRIGA BIDRAG	BIDRAG HAR SÖKTS/KOMMER ATT SÖKAS FRÅN	SÖKT BIDRAG	ERHÅLLET BIDRAG
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR	....
UNDERSKRIFT	JAG FÖRSÄKRAR PÅ HEDER OCH SAMVETE ATT LÄMNADE UPPGIFTER ÄR RIKTIGA .... ORT OCH DATUM NAMNTECKNING

BESLUT	☐ AVSLAG ☐ BEVILJAT .....KR UR ....
MOTIVERING/ VILLKOR	....
UTBETALNING/ REDOVISNING	☐ UTBETALNING MOT REDOVISNING ☐ 75% UTBETALAS MOT REKVISITION RESTERANDE 25% EFTER REDOVISNING ☐ HELA BIDRAGET UTBETALAS MOT REKVISITION. REDOVISNING SENAST.....
BESLUTANDE	☐ REGIONCHEF ☐ FOU-CHEF RC SYN STHLM DATUM/SIGNATUR .....