



Ansökan om fondmedel

Ansökan skickas till:

Ansökan datum: _____

Förvaltningen för omsorg och arbetsmarknad
Fondansökan
Karlshamns kommun
374 81 Karlshamn

Ansökan om donationsmedel

Ange namnet på donationsfonden som du ansöker medel ifrån (en ansökan per fond)

Personuppgifter

Namn	Personnummer
Adress, postnummer och ort	Telefon
E-postadress	

Bankkonto (där eventuellt beviljade medel ska sättas in)

Clearing nr	Kontonummer
-------------	-------------

Ange övriga familjemedlemmar (lämna blankt om det inte finns)

Namn	Personnummer	Relation
Namn	Personnummer	Relation
Namn	Personnummer	Relation
Namn	Personnummer	Relation

Inkomstuppgifter

Namn på familjemedlem som uppbär inkomst (ange även dig själv)	Ange inkomstens art tex lön, pension mm)	Summa innan skatt per månad

Hyreskostnader

Ange hyreskostnad per månad



Uppgifter om tillgångar

Bank eller motsvarande namn	Typ av tillgång (kapital, aktier, fonder etc)	Värde

Erfarenhet av hantverksyrken

☐ Ja, ange inom vad.	☐ Nej
---	------------------------------

Ändamål med ansökan (måste fyllas i)

Beskriv vad du vill använda donationsmedlen till

Övrig upplysning

Lämna gärna övriga upplysningar

Bifoga gärna tex läkarintyg, utlåtande eller annat dokument som kan vara relevant till din ansökan

Vi hanterar dina uppgifter enligt sekretesslagstiftningen och dataskyddsförordningen. När vi handlägger ditt ärende behandlas dina personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR) och annan gällande integritetslagstiftning. Läs mer på www.karlshamn.se

Ansökan lämnad av

Sökandes namnunderskrift	Datum
--------------------------	-------

Namn (om annan än sökande: Vårdnadshavare, /God man/Förvaltare)

Namnunderskrift	Datum	Telefonnummer
-----------------	-------	---------------