

Avser Bo Lagerqvist stiftelse

**Bidragsansökan**  
**Läs först igenom bilagd information**

Sökandens namn:		Person-nummer:	
Bostads-adress		Post-nummer:	
Postort		Telefon dagtid	
Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift/sambo <input type="checkbox"/> ensamstående <input type="checkbox"/> Medlem DHR		Antal hemmavarande barn/syskon (under 18 år)	
Föräldrars/vårdnadshavares namn (för omyndig sökande)			
Rörelsehinder(diagnos)			
<b>Läkarintyg, som styrker rörelsehindret och inte äldre än tre år ska bifogas ansökan</b>			
Ändamål för vilket bidrag söks <b>(Endast ett ändamål)</b>			
Totalkostnad kr		Sökt bidrag kr	
Sökt bidrag avser egen kostnad <input type="checkbox"/> Medhjälpares kostnad <input type="checkbox"/> Har du fått/sökt bidrag för samma ändamål från annat håll? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, ange varifrån och belopp			
Handikapp ersättning: <input type="checkbox"/> 69% <input type="checkbox"/> 53% <input type="checkbox"/> 36%		Vårdbidrag för barn med funktionshinder: <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 25%	
<b>Årsinkomst och förmögenhet (Kopia på "Besked om slutlig skatt enligt 2015 års taxering" ska bifogas)</b>			
För sökande över 18 år		För sökande under 18 år	
Sökanden med rörelsehinder	Sökanden med rörelsehinders make/maka/sambo	Vårdnads-havare	Vårdnadshavarens make/maka/sambo
Kr.	Kr.	Kr.	Kr.
Förmögenhet (gemensam)		Förmögenhet (gemensam)	
Bankmedel	Andra tillgångar	Bankmedel	Andra tillgångar
Undertecknad sökande (alternativt vårdnadshavare för sökande under 18 år) medger härmed att samtliga uppgifter i denna ansökan får av stiftelsen förvaras och användas i samband med behandlingen av min bidragsansökan. Efter det att ansökningsärendet slutbehandlats återsänder stiftelsen erhållna handlingar.			
Datum		Underskrift	