

DHR Höganäsavdelningen
Ansökan om bidrag från arvsfonden



Läs igenom anvisningarna innan ansökan fylls i

Sökande (funktionshindrad)

Namn	
Adress	
Postadress	
Telefon	
Ålder	
Funktionshinder	

Förälder/vårdnadshavare

Namn	
------	--

Ändamål för vilket bidrag söks

Totalkostnad: _____ kr Egen insats: _____ kr Sökt belopp: _____ kr

Sökt bidrag avser: Egen kostnad Medhjälparens kostnad

Har du för samma ändamål *fått* bidrag från annat håll? Ja Nej

Varifrån? _____ Vilket belopp? _____ kr

Har du för samma ändamål *sökt* bidrag från annat håll? Ja Nej

Varifrån? _____ Vilket belopp? _____ kr

Vårdbidrag Helt $\frac{3}{4}$ $\frac{1}{2}$ $\frac{1}{4}$

Ansökan skall åtföljas av läkarintyg (högst två år gammalt) som bestyrker funktionsnedsättningen

Vänligen skriv ut ansökan, signera och skicka till:

DHR Höganäsavdelningen
c/o Bengt Silfverstrand
Näckrosvägen 9
260 40 Viken

Ort och datum

Namnteckning (Förälder/vårdnadshavare)