

ANSÖKAN OM BIDRAG UR MÄRTA BORGS TESTAMENTSFOND

Stiftelsen är avsedd för reumatikersjuka personer med företräde för reumatiskt sjuka kvinnor.

För att vi ska handlägga din ansökan måste du bifoga läkarintyg!



Eskilstuna
kommun

VÅRD OCH OMSORGSNÄMNDEN
VÅRD OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN

Sökande

Namn	Personnummer
Adress	Telefon
Postnummer och postadress	

Har du ansökt om bidrag tidigare? Nej Ja När ?

Vad söker du bidrag till?

--

Familjeförhållande

Antal vuxna familjemedlemmar	Antal hemmavarande barn och deras ålder
------------------------------	---

Ekonomi

Sökandes inkomster t.ex. pension, bostadstillägg (netto/mån)	kr/mån
--	--------

Make/maka/sambos inkomster t.ex. lön, pension, bostadsbidrag (netto/mån)	kr/mån
--	--------

Ange om du vill ha pengarna insatta på konto. Ange i så fall vilken bank det gäller samt clearingnummer och kontonummer: _____

Om du inte anger något konto betalas eventuellt bidrag ut via utbetalningskort.

Underskrift, datum

.....

Övriga upplysningar, se nästa sida

Postadress
Eskilstuna kommun
Eskilstuna Direkt
631 85 Eskilstuna

Besöksadresser
Värjan, Alva Myrdalsgata 5,
Eskilstuna

Östra Torget, Brogatan 13,
Torshälla

Telefon
016-710 10 00

Fax
016-14 71 36

Webbplats
eskilstuna.se
info@eskilstuna.se

Eventuella övriga upplysningar