



HÖÖRS KOMMUN

Socialnämnden

Box 56, 243 21 Höör

ANSÖKAN OM DONATIONSMEDEL som disponeras av socialnämnden

Personuppgifter

Namn	Personnummer
Adress	
Postadress	Tel nr

Ansökan avser

Sökandes handikapp/behov

--

Sökt belopp

Belopp	Ange bank o kontonummer för att ev utbetalning ska kunna ske
--------	--

Har donationsmedel sökts för samma ändamål från annat håll? Om ja, varifrån

--

Familjens ekonomi

Familjens nettoinkomst per månad	Familjens tillgångar
Familjens utgifter per månad	Familjens skulder

Underskrift

Datum	Namnteckning
-------	--------------

Ansökan omfattas **ej** av sekretesslagen