

**ANSÖKAN****STIFTELSEN DE LEKANDE BARNENS FOND**

Ansökningstid: 15 april och 15 oktober

Swedbank Stiftelsetjänster

Box 206

221 00 LUND

Utdelning: juni och december

Namn		Personnummer	
Adress		Telefonnummer	
Postadress		E-postadress	
Sökt belopp			
Skäl för ansökan			
Ändamål			
Ansökningar/erhållna bidrag genom andra stiftelser under året			
Inkomster/pension/sjukersättn etc.		Skulder	Förmögenhet (tillgångar-skulder)
Hushållets gemensamma inkomster		Antal personer i hushållet	Boendeform
Uppgifterna ska styrkas med kopia av senaste slutskattesedel och vid ansökan p.g.a sjukdom läkarintyg ej äldre än 6 månader.			
Ev. bidrag utbetalas till (om annan än den sökande)		Adress	
Avslag på ansökan skickas inte ut.			
Eventuellt bidrag betalas ut via utbetalningsavi eller angivet bankkontonummer:			
<i>Jag försäkrar på heder och samvete att ovanstående frågor är sanningsenligt besvarade och att jag inte har andra tillgångar eller inkomster än dem jag har uppgivit.</i>			
Datum		Sökandens namnteckning	

För stiftelsen gäller den geografiska begränsningen att **den sökande skall vara bosatt i Lunds kommun.**