



Ansökan om medel från Örkelljunga kommuns stiftelse för äldre och handikappade

De fält som inte är relevanta kan lämnas tomma.

Sökandens namn:

Personnummer:

Adress:

Namn och åldrar på eventuella familjemedlemmar:
.....
.....
.....

Eventuell arbetsgivare:

Sysselsättningsgrad:

Makas/makes/sambos arbetsgivare:

Sysselsättningsgrad:

Skäl till ansökan:
.....
.....
.....

Sammanlagd bruttoinkomst per månad (lön, pension, bidrag etc):
.....
.....

