

Stiftelsen Stockholms läns Astma och Allergifond

Ansökan om stöd

Besked om beviljande/avslag

Besked om beviljande/avslag lämnas så snart det är möjligt efter att styrelsen har fattat beslut om utdelning. Stiftelsen Stockholms läns Astma-Allergifond förbehåller sig rätten att inte behöva motivera sitt beslut kring beviljande/avslag. Beslutet kan ej överklagas.

För att vara berättigad att söka medel ur fonden krävs

Medlemskap i Astma och Allergiförbundet sedan minst 12 månader för samtliga som ansökan avser

För att ansökan skall kunna behandlas krävs att blanketten är komplett ifylld.

Beviljade medel erhålles mot uppvisande av inköpskvitto eller bekräftelse på inbetald anmälnings- eller bokningsavgift.

Ansökningshandlingarna behandlas med sekretess och personuppgifter i enlighet med GDPR.

Kontaktuppgifter

För- och efternamn	Medlemsnummer
Gatuadress	
Postnummer	Postadress
Telefon dagtid	E-postadress
Jag/vi har tidigare erhållit stöd från Stiftelsen? ☐ Ja ☐ Nej Om JA, ange vilket/vilka år som stöd har beviljats:	

Stiftelsens medel skall användas till:

- Kostnader i samband med deltagande på läger som anordnas av Astma- och Allergiförbundets lokal- och temaföreningar. Exempelvis deltagaravgift, resekostnader och relevanta inköp med direkt anknytning till lägret.
- Inköp av adekvata produkter som kan främja astma, allergi och annan överkänslighet. Exempelvis luftrenare och kvalsterskydd.
- Deltagaravgift vid konferenser, seminarium och föreläsningar med direkt koppling till astma, allergi och annan överkänslighet.
- Vistelse på Astma- och Allergiförbundets allergianpassade vandrarhem Södergården i Åre.

För- och efternamn och personnummer på samtliga sökande

För- och efternamn på sökande	Personnummer 10 siffror (ååmmdd-xxxx)

Jag/vi ansöker om bidrag för följande:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uppgifter kring utbetalning

Om ansökan beviljas önskas beloppet insatt på nedanstående konto.

Kontoinnehavare	Bankens namn
Clearing-nummer	Kontonummer

Här med intygas att

☐ Uppgifterna jag lämnar är sanningsenliga.

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

Skanna (fota inte) ifylld ansökningsblankett och mejla till info@astmastockholm.se eller skicka den till:
Stiftelsen Stockholms Läns Astma-Allergifond, Box 59, 186 21 Vallentuna