



Ansökan om lönebidrag - Handikappföreningar

1.Sökande förening (obligatorisk uppgift)

Föreningens namn	Telefon
Adress	E-postadress
Postadress	Ev hemsida
Uppgiftslämnare	Postgiro eller bankgiro
Tfn kontorstid	

2. Ansökan avser: Månad 201....

Anställd: Lönekostnad:

Lönebikostnad 40 %:

Anställd: Lönekostnad:

Lönebikostnad 40 %:

Anställd: Lönekostnad:

Lönebikostnad 40 %:

Bidrag 10 %:

Beviljat bidrag