

# Stiftelsen Adolf Grapes Minne

*Sökande*

---

NAMN

PERSONNUMMER

---

ADRESS

---

TELEFON

KONTO FÖR BIDRAGSUTBETALNING

---

E-POST

GIFT     SAMBO     OGIFT     ANTAL HEMMAVARANDE BARN

VILKEN SJUKDOM OCH VILKA SYMTOM HAR DU?

---

---

VILKEN KONVALESCENTVÅRD, REKREATIONSRESA ELLER LIKANDE SÖKER DU BIDRAG FÖR?

---

VILKET BELOPP SÖKER DU?

---

**TILLSAMMANS MED ANSÖKNINGSBLANKETTEN SKICKAR DU ÄVEN IN:**

- » Aktuellt läkarintyg, sjukintyg eller liknande information om din sjukdom
- » Kopia av senaste inkomstdeklaration, uppgift om din förmögenhet (deklaration och uppgifter lämnas även för make, sambo och - om ansökan gäller barn - föräldrar.)
- » **OBS! OM DU FÅTT BIDRAG FRÅN STIFTELSEN 2023 OCH / ELLER 2024, SKA DU KORT ANGE HUR DU ANVÄNT SENASTE BIDRAG OCH BIFOGA KVITTON. GÖR DU INTE DETTA KAN ANSÖKAN AVSLÄS.**

---

UNDERSKRIFT

DATUM

*Skicka din ansökan till Stiftelsen Adolf Grapes Minne, Box 6137, 800 06 Gävle.  
Ansökan ska ha kommit in till stiftelsen senast torsdagen 17 april 2025*