



Ansökan till Morgans minnesfond

Sökande

Förnamn	Personnummer
Efternamn	Mobiltelefon
Adress	Telefon
Postadress	E-postadress
Civilstånd:	Maka/make/sambo (namn och personnummer:) Ensamstående

Personnummer

Inkomster

Inkomster/månad, före skatt	sökande	maka/make/sambo
Lön		
Försörjningsstöd		
Arbetslöshetskassa/ Aktivitetsstöd		
Sjukpenning/ Sjukpension		
Bostadsbidrag		
Underhåll/ Föräldrapenning		
Barnbidrag/ Flerbarnstillägg		
Utbildningsbidrag/CSN/ Barns studiebidrag		
Pension/livränta		
Övriga inkomster		
TOTALSUMMA		

Hela hushållets utgifter

[illegible]

Skulder

Vad avser skulden? Återstående skuldbelopp

Banknamn	clearingnummer	bank-/postgirokonto
----------	----------------	---------------------

--

Genom inlämnandet av denna ansökan lämnar den sökande samtycke till att personuppgifterna behandlas i den utsträckning som krävs därav och i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR) och församlingens regelverk.

Datum

Sökandes underskrift

Att ovanstående uppgifter är fullständiga och korrekta försäkras härmed på heder och samvete.

Jag godkänner även att uppgifterna ovan får kontrolleras

Ansökan samt intyg och kopior skickas till Arbogabygdens församling Morgans Minnesfond Box 155 732 23 Arboga eller lämna din ansökan samt intyg och kopior i brevlådan utanför Pastorsexpeditionen Östra Nygatan 12.

Fylls i av Arbogabydens församling:

Datum **ansökan beviljas/avslås**

Belopp

--	--