



Ansökan till Morgans minnesfond

Observera att alla fält ska fyllas i: sätt ett streck i de rutor där du inte har någon uppgift att lämna.

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

Personnummer

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

Utgifter/månad	Summa:
TOTALSUMMA	

VIKTIGT ATT TEXTA NOGRANT!

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.

Datum ansökan beviljas/avslås

Belopp

--	--