

|  |  |
| --- | --- |
| Oppvekst og levekårserviceLegatkontoretPostadr.: Pb. 8001, 4068 StavangerBesøksadr.: Eiganesveien 10Telefon: 51508298 |  |

##### LILLY OG JACOB JACOBSENS LEGAT

# (TIL PRAKTISK OG TOTALT BLINDE SOM ER VANSKELIGSTILT)

**Søknadsfrist: 30. september**

Søkers navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postnr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Poststed: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fødselsdato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oppgi bankkontonummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Har du bodd sammenhengende i Stavanger de siste 3 årene? [ ]  Ja [ ]  Nei

Sivilstand: [ ] Enslig [ ] Samboer

Inntekter og utgifter må fylles ut av alle.

Hvis du er gift / samboer må vi vite inntekten til begge.

INNTEKTER pr. måned

|  |  |
| --- | --- |
| **Lønn / trygd /sosialhjelp** (netto) |  |
| Bostøtte |  |
| Barnebidrag |  |
| Barnetrygd |  |
| Ektefelle / samboers inntekt |  |

UTGIFTER pr. måned

|  |  |
| --- | --- |
| Husleie  |  |
| Strøm |  |

Barn som forsørges:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Navn | Fødselsdato  | Alder |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Type bolig: [ ]  eget hus / selveierleilighet [ ]  eier leilighet i BBL

 [ ]  kommunal leilighet [ ]  omsorgsbolig

 [ ]  leier leilighet privat

Skriv litt om hvorfor du søker legatmidler:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dersom det søkes om midler til bestemte formål, oppgi søknadsbeløp: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***For at søknaden skal bli behandlet må vi ha dokumentasjon på inntekter og utgifter.***

 KOPI AV TRYGDEUTBETALING-SLIPPEN, EVT. LØNNSSLIPP

 SISTE SKATTEOPPGJØR MED LIGNINGSUTSKRIFT (Gjelder også for samboer/ektefelle)

Dersom du søker for første gang, vennligst legg ved legeattest som oppgir graden av synshemmingen.

Sted: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Underskrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_