

Synskadades Vänner Skaraborg
c/o Lennart Johansson
Södra Kolarestigen 79
542 45 MARIESTAD

Ansökan om stipendium till synskadad student**Sökanden**

Namn:	
Personnummer:	

Studieadress

Gatuadress:	
Postnummer:	
Postort:	
Telefon-/mobilnummer:	
E-postadress:	

Hemadress i Skaraborg

Gatuadress:	
Postnummer:	
Postort:	

Bankkonto

Clearingnummer:	
Kontonummer:	
Bankens namn:	

Synstatus

Grad av synskada (kryssa)	Blind	Synsvag
Inskrivnen vid syncentral (kryssa)?	Ja	Nej

Påbörjad utbildning

Gymnasiets/Universitetets/Högskolans namn:	
Utbildningsperiod (ÅÅÅÅ-MM – ÅÅÅÅ-MM):	
Utbildningens namn (examen):	

Obligatoriska bilagor som bifogas

Antagnings- eller inskrivningsbevis från gymnasium/universitet/högskola (kryssa)	
Personbevis från Skatteverket (kryssa)	

Underskrift

Jag försäkrar på heder och samvete att lämnade uppgifter är riktiga samt samtycker till att uppgifterna får databehandlas i enlighet med personuppgiftslagen (SFS 1998:204).

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande

Information

Synskadades Vänner Skaraborg utlyser årligen två stipendier på vardera 15 000 kr för synskadade studerande hemmahörande i f.d. Skaraborgs län, som bedriver minst tvååriga gymnasiala eller eftergymnasiala studier på högskolenivå. Hemmahörande är den som är bosatt i f.d. Skaraborgs län eller bosatt på annat ort för studierna. Stipendiet ska sökas senast den 1 februari på SVS ansökningsformulär. Frågor om stipendiet kan ställas till kassören Lennart Johansson på telefon 0705-77 45 40 eller via mejl till kassoren@synskadadesvannerskaraborg.se